H. MORESTIN

TITRES ET TRAVAUX

G. Steinheil, Éditeur.

TITRES

Interne des hôpitaux, 1890.

Lauréat de l'Académie de médecine (prix Laval, 1890).

Aide d'anatomie, 1891.

Prosecteur à la Faculté, 1892.

Docteur en médecine, 1894.

Lauréat de la Société de chirurgie (prix Duval, 1895).

Chef de clinique chirurgicale, 1897-1898.

Vice-président de la Société anatomique, 1898.

Chirurgien des hôpitaux, 1898.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

1° Recherches sur la paroi pelvienne postérieure et le plancher pelvien.

In *Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée*. Thèse Paris, 25 janvier 1894.

Il y a dans mon mémoire une partie anatomique très étendue, dont je résumerai seulement quelques passages :

Les vestiges des muscles moteurs de la queue. — Il existe au-devant de l'articulation sacro-coccygienne un certain nombre de trousseaux fibreux habituellement décrits comme des ligaments de cette articulation. Or, ces fibres ne font partie du type des articulations intervertébrales. L'étude des anomalies, l'anatomie comparée et l'anatomie du développement doivent faire considérer ces ligaments comme des muscles atrophiés et dégénérés.

L'hiatus sacro-coccygien. — L'hiatus sacro-coccygien est fermé par une lame fibreuse épaisse et résistante, habituellement désignée sous le nom de ligament *sacro-coccygien postérieur*.

Cette lame est fort complexe.

Sa couche superficielle est formée de fibres provenant des faisceaux inférieurs du muscle grand fessier, s'entre-croisant sur la ligne médiane.

D'autres fibres forment un plan vertical sous-jacent au premier.

Il prend naissance sur les deux lèvres de l'hiatus sacré, sur le bord interne des petites cornes du sacrum, adhère au bord interne du li-

gament qui réunit l'une à l'autre la petite corne du sacrum à celle du coccyx, et vient adhérer à la face postérieure de la deuxième et de la troisième pièce du coccyx et aux bords latéraux de cet os.

Entre les deux plans et sur les côtés, on trouve quelques trousseaux fibreux obliques ou verticaux, variables dans leur forme et leurs insertions qui représentent les muscles extenseurs de la queue.

Au voisinage des cornes et des tubercules neuraux, on sépare assez facilement la couche dépendante du grand fessier du plan fibreux sous-jacent ; un tissu cellulaire moins dense est interposé entre les deux organes qui s'écartent même l'un de l'autre.

Le ligament s'attache aux tubercules et aux cornes, à leur bord interne. La lame aponévrotique qui prolonge le grand fessier glisse sur le sommet de ces tubercules à l'aide d'un tissu cellulaire lâche, et très souvent à l'aide de *bourses séreuses*.

La face antérieure du ligament sacro-coccygien forme la limite postérieure du canal rachidien dans sa portion sacro-coccygienne.

Elle n'est pas en rapport avec l'arachnoïde, comme le dit Sappey. L'arachnoïde n'existe plus à ce niveau. Elle entre en contact avec une graisse molle où sont plongés les nerfs cinquième et sixième sacrés.

Muscle grand fessier. — Très souvent, les insertions du grand fessier figurent, au niveau des dernières pièces du coccyx, une série de petites arcades fibreuses, dont les deux piliers sont implantés sur le coccyx.

Plus haut, elles s'entre-croisent avec celles du côté opposé, pour se continuer finalement avec des fibres du grand dorsal de l'autre côté.

Les fibres qui s'entre-croisent immédiatement au-dessus de la proéminente sacrée ne vont pas se continuer avec le grand dorsal. Elles forment une bandelette qui peut être suivie de la proéminente sacrée jusqu'à la crête iliaque, du côté opposé à celui d'où proviennent les fibres, en regard de l'insertion du ligament ilio-lombaire.

Sacrée moyenne. — La sacrée moyenne s'étend jusqu'au-dessous de la pointe du coccyx ; son trajet est donc plus étendu qu'on ne le dit généralement. Dans sa portion coccygienne, elle émet des collatérales, analogues à celles qui s'en détachent dans la région sacrée. L'anatomie comparée explique les rapports particuliers de cette artère avec les débris des muscles moteurs de la queue.

Les ligaments sacro-sciatiques. — Un grand nombre des lamelles tendineuses qui font suite aux faisceaux du grand fessier pénètrent dans la trame du ligament et se continuent surtout avec le feuillet superficiel.

Dans sa partie postéro-inférieure, celle qui s'attache sur la dernière pièce du sacrum et les bords du coccyx, le ligament paraît même exclusivement formé par ces trousseaux fibreux provenant du grand fessier. A ce niveau, il peut être considéré comme une aponévrose de terminaison des fibres profondes du grand fessier.

Il se continue, jusqu'au bord inférieur du grand fessier, s'amincissant de plus en plus, se continuant avec l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle.

A le bien regarder, le ligament sacro-sciatique, si tant est qu'on veuille considérer cette portion coccygienne comme un ligament véritable, se prolongerait même jusqu'au-dessous du coccyx, car le grand fessier envoie presque toujours des fibres s'insérer sur le raphé fibreux coccy-anal et ces insertions, qui se font à l'aide de tractus tendineux, continuent la série de celles que prend ce muscle au bord du coccyx.

Le ligament sacro-sciatique ne forme donc pas un tout homogène.

Les fibres du demi-tendineux et du biceps en constituent une bonne part, le grand fessier une part plus grande.

Enfin un certain nombre de fibres s'attachent au squelette par leurs deux extrémités, allant de la tubérosité au sacrum.

Le petit ligament sacro-sciatique n'est qu'une portion du muscle ischio-coccygien, en voie de régression et de disparition.

Les nerfs de l'appareil constricteur de l'anus. — Un *nerf sphinctérien accessoire* se détache de la quatrième sacrée immédiatement après sa sortie du trou sacré ; il est très grêle, filiforme, il se dirige en bas et en dedans, appliqué contre la face antérieure de la dernière pièce du sacrum, puis contre l'articulation sacro-coccygienne, puis sur les bords du coccyx. Dans ce trajet, il perfore le releveur. Il est accompagné quelquefois par une petite artériole et une veinule. Au niveau de la pointe du coccyx, ce petit paquet vasculo-nerveux s'applique à l'attache postérieure du sphincter sur sa face profonde. Le nerf s'épuise bien vite entre les faisceaux de ce muscle. Il donne au cours de son trajet un ou deux petits filets aux rudiments des muscles fléchisseurs de la queue. Il est absolument distinct d'une autre branche de la quatrième paire qu'on appelle le rameau coccygien cutané.

La troisième paire sacrée fournit une branche destinée à la muqueuse rectale, une grande partie des filets nerveux du sphincter et du releveur de l'anus et la presque totalité de celles du nerf honteux. La quatrième, des filets sphinctériens, honteux, rectaux, ischio-coccygiens. Il est important d'insister sur l'origine, le trajet, la distribution de ces nerfs. La quatrième est toujours sectionnée dans les opérations par la voie sacrée. La troisième l'est plus souvent qu'on ne le croit.

On recommande généralement de couper le sacrum immédiatement au-dessous du troisième trou sacré. Dans les manœuvres que nécessite cette résection, il faut de grandes précautions pour ne pas trancher le nerf qui s'échappe du troisième trou sacré. Oblique en bas et en avant, ce nerf est quelque temps dans le voisinage du sacrum, assez près pour être facilement lésé.

L'appareil suspenseur du pli interfessier. — *L'appareil suspenseur du pli interfessier* est formé de deux lames juxtaposées, l'une droite, l'autre gauche. Elles commencent au niveau de la dernière vertèbre sacrée ou de la base du coccyx, et se terminent dans le voisinage de sa pointe. Les deux lames se fusionnent à leurs extrémités antérieure et postérieure.

Elles sont formées par des séries de trousseaux fibreux juxtaposés, qui se ramifient en se dirigeant vers la peau, et s'entrecroisent pour former un feutrage inextricable au moment où ils pénètrent dans le derme.

Le creux ischio-rectal. — La paroi du creux ischio-rectal est constituée à la partie antérieure de la région par l'ischion revêtu du muscle obturateur interne, en arrière, par le grand ligament sacro-sciatique doublé du grand fessier. Cette portion est plus étendue que celle qui répond à l'ischion.

La région qui nous occupe regarde presque directement en arrière, et non en bas.

Chez l'adulte, le coccyx est souvent dévié à droite ou à gauche. Cette déviation, généralement insignifiante, peut être très prononcée et entraîner alors un notable déplacement de l'extrémité postérieure du sphincter et des releveurs de l'anus. Il en résulte que les deux excavations pelvi-rectales ne sont plus semblables, que la largeur de l'une est augmentée aux dépens de l'autre et que celle qui correspond au côté dévié est plus étroite.

D'une façon générale, l'excavation est moins profonde et plus large quand les ischions sont très écartés l'un de l'autre.

Chez les femmes, la fosse ischio-rectale est toujours moins profonde et plus large que chez l'homme, et regarde aussi plus directement en arrière.

La dépression profonde qui constitue le creux ischio-rectal peut être comparée à un gousset, à une poche ouverte en bas et en dedans.

La partie antérieure répond à l'ischion dans la portion voisine de la petite échancrure sciatique.

Dans sa partie antérieure, la paroi externe regarde presque directement en dedans ; dans sa partie postérieure, l'orientation change, elle regarde en avant. A ce niveau, le ligament est inséparable du grand fessier.

Le muscle et le ligament forment donc en grande partie la paroi postéro-externe du creux ischio-rectal. En les suivant d'arrière en avant, il arrive un moment où il n'y a pour ainsi dire plus de fibres qui soient susceptibles d'être rapportées au ligament et où l'on n'observe plus que des faisceaux musculaires. Le muscle grand fessier constitue alors à lui seul la paroi du creux ischio-rectal. Le bord du fessier est beaucoup plus rapproché de la ligne médiane qu'on ne le croit d'ordinaire. Il déborde en dedans la tubérosité de l'ischion et la portion attenante du grand ligament sacro-sciatique, décrivant une ligne courbe à concavité interne. Les deux grands fessiers forment ainsi une sorte d'ogive dont le sommet se trouve un peu en avant du coccyx, car quelques fibres de ce muscle s'insèrent sur le raphé médian coccy-anal.

L'espace ménagé entre ce bord du grand fessier d'une part, le sphincter externe de l'autre (ce muscle allant jusqu'au coccyx) constitue l'ouverture de la poche ischio-rectale.

L'aponévrose du grand fessier se recourbe au niveau du bord inférieur de ce muscle pour passer sous sa face profonde et se continuer avec l'aponévrose sous-fessière, mais dans sa partie postérieure elle vient se continuer avec le grand ligament sacro-sciatique. De cette aponévrose au niveau du bord du grand fessier, se détache une lame cellulo-aponévrotique qui se porte en dedans, passe sur la face superficielle du muscle sphincter et vient s'attacher au raphé coccy-anal et à la face profonde de la peau de la marge de l'anus et de la rainure interfessière.

Dans l'intervalle qui s'étend de l'anus au coccyx, les excavations

droite et gauche arrivent au contact ; plus en avant, elles sont séparées par l'anus. A la partie postérieure, elles s'écartent de nouveau, le coccyx s'interposant entre elles.

Le sommet du creux ischio-rectal (c'est-à-dire son extrémité postérieure) remonte jusqu'à l'articulation médio-coccygienne. Quand, sur le sujet garni de ses parties molles et sur le vivant, on pratique la palpation des régions qui avoisinent le coccyx, on sent de chaque côté une zone extrêmement résistante, tendue comme une corde, qui représente la portion la plus épaisse du grand sacro-sciatique, en dedans, entre lui et le coccyx, une zone dépressible qui répond à cette partie élevée du creux ischio-rectal.

Le muscle transverse superficiel du périnée s'insère en dehors à l'ischion et à l'aponévrose de l'*obturateur interne*, près de la tubérosité. On voit se prolonger sur cette aponévrose, faisant relief dans le *creux ischio-rectal*, la partie la plus reculée de ce muscle et celle du muscle ischio-caverneux. Ces insertions sont accolées et souvent même fusionnées. Au même niveau que ces deux muscles s'attache un gros trousseau fibreux excessivement fort qui se dirige en bas vers la peau, et se divise en trousseaux secondaires qui se fixent à la face profonde du derme au niveau du pli fessier et du pli périnéo-crural.

Juste au-dessous de l'épine sciatique, le nerf honteux *croise l'artère et la veine*, en passant à leur *côté externe*. Il sera désormais situé au-dessous, plus près de la peau ; de haut en bas, on rencontrera l'artère, la veine, le nerf.

L'hémorrhoïdale inférieure, issue de la honteuse, en traversant le feuillet aponévrotique qui la recouvre, se charge d'une gaine celluleuse qui l'accompagne jusqu'au moment où elle atteint la région de l'anus, gaine dans laquelle sont également logés le nerf anal et la veine hémorrhoïdale inférieure.

On note d'assez grandes variétés individuelles dans les dimensions et l'inclinaison du sacrum, dans sa courbure et dans l'angle qu'il fait avec le coccyx, pour que la destruction d'une même étendue de sacrum ne donne pas chez deux individus de même taille, de même âge et de même sexe, les mêmes facilités opératoires.

La deuxième apophyse épineuse, toujours facile à reconnaître à la palpation, et généralement un peu plus saillante que les autres, mérite le nom de *proéminente sacrée*.

Les tubercules qui hordent l'hiatus sacro-coccygien doivent porter le nom de ***tubercules neuraux***. Ils représentent tout ce qui reste des pièces *neurales* de la vertèbre.

Le canal rachidien se prolonge jusqu'au voisinage de l'articulation de la première avec la seconde pièce du coccyx. Il est donc parfaitement impossible de désarticuler le coccyx sans ouvrir le canal sacré.

Le cul-de-sac des méninges est situé beaucoup trop haut pour être jamais atteint dans les opérations par la voie sacrée.

Sur la face externe du pyramidal, longeant le sacrum, est une arcade anastomotique entre la fessière et l'ischiatique, souvent blessée dans les incisions parasacrées.

D'autre part, dans les canaux fibreux que présente le grand ligament sacro-sciatique cheminent d'importants vaisseaux qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies très embarrassantes au cours d'opérations par la voie sacrée.

2° Recherches expérimentales sur l'appareil constricteur de l'anus (*Ibid.*).

Il y a deux foyers de constriction dans le canal anal, l'un, à l'anus,

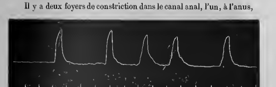


Fig. 1. — *Expérience A* : L'appareil constricteur est intact.

qui répond au sphincter externe, l'autre plus profondément situé qui répond au releveur de l'anus.

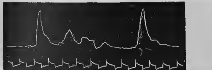


Fig. 2. — L'appareil constricteur est toujours intact ; on voit après la première grande ascension une autre ascension de moitié moins haute qui représente une contraction du seul sphincter externe.

Le releveur agit sur le rectum par les fibres antérieures de sa portion ano-coccygienne.

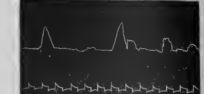


Fig. 3. — Une des moitiés du sphincter externe a été extirpée.

Fig. 4. — Le sphincter a été enlevé dans sa totalité.

Fig. 5. — Le chien est encore intact. On enregistre les contractions synergiques du releveur de l'anus et du sphincter externe.

Fig. 6. — Un des releveurs a été sectionné.

Fig. 7. — Les deux releveurs ont été sectionnés, le sphincter externe demeurant intact.

Ce qu'on appelle en clinique le bord supérieur du sphincter interne n'est autre que la limite supérieure de la portion du releveur qui enserre le rectum.

Le constricteur superficiel (sphincter externe) et le constricteur profond (releveur) sont à peu près d'égale puissance et, s'il y a une différence, elle est à l'avantage du constricteur profond.

L'énervation d'une moitié du sphincter externe ne donne pas les

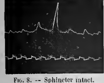


Fig. 8. — Sphincter intact.

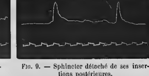


Fig. 9. — Sphincter détaché de ses insertions postérieures.

mêmes résultats que l'extirpation ou la section d'une de ses moitiés, elle entraîne des troubles fonctionnels bien moindres.

L'extirpation d'un constricteur d'un côté équivaut à peu près, au point de vue fonctionnel, à celle des deux côtés.

La désinsertion de l'attache postérieure du sphincter ne modifie pas ou modifie à peine la tonicité sphinctérienne et les fonctions de l'anus.

3° Notes sur les variations musculaires.

1. **Anomalie de l'extenseur commun des orteils.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1894.

2. **Anomalie de l'accessoire du long fléchisseur commun des orteils.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1895.

3. **Muscle accessoire du long fléchisseur commun des orteils.** *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.

4. **Muscle ilio-rotulien surnuméraire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1895.

5. **Anomalie de l'angulaire de l'omoplate.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1895.

6. **Extenseur commun représenté par quatre muscles distincts. Muscle extenseur propre ou court extenseur de l'annulaire. Faisceau surnuméraire du long abducteur du pouce.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.

7. **Anomalies du brachial antérieur.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895 et mars 1896.

8. **Muscle long accessoire du long fléchisseur des orteils.** *Bulletins de la Société anatomique*, février 1896.

9. **Extenseur propre de l'annulaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1896.

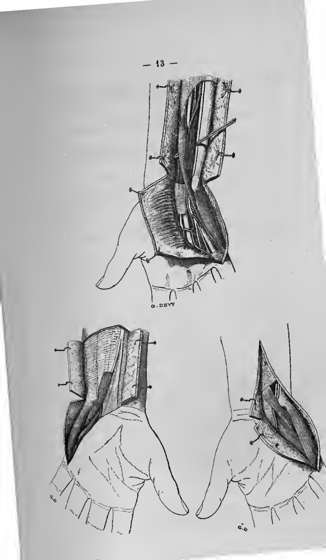
10. **Anomalie du grand pectoral.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1896.

11. **Muscle radio-cubito-carpien.**— *Bulletins de la Société anatomique*, février 1896.

12. **Adducteur du petit doigt présentant un chef antibrachial.** *Bulletins de la Société anatomique*, février 1896.

13. **Insertion antibrachiale du muscle abducteur du petit doigt.** *Bulletins de la Société anatomique*, 1895-1896.

Quand il est rudimentaire, ou peu développé, ce chef antibrachial, toujours intéressant pour l'anatomiste, ne l'est guère pour le chirurgien. Mais s'il atteint de grandes proportions, il peut être gênant, quand il s'agit de découvrir l'artère cubitale.


G. DEVY
G.D
G.D

14. **Anomalies du muscle digastrique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

15. **Les muscles digastriques.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

La description actuellement classique ne répond pas par certains détails à la majorité des cas.

La *poulie* du digastrique manque généralement ; quand elle existe, rarement elle joue un rôle bien important.

Les deux ventres et le tendon intermédiaire ne décrivent pas une courbe régulière à concavité supérieure,comme on le dit et le figure. Le tendon continue la direction du ventre postérieur. Il est rectiligne. Le muscle change brusquement de direction au moment où ce tendon se continue avec le ventre antérieur.

Le tendon intermédiaire se termine en avant par trois ordres de fibres : les unes donnent naissance aux faisceaux charnus du ventre antérieur ; d'autres s'attachent au bord supérieur de l'hyoïde, et les dernières se portent vers la ligne médiane pour se joindre à celles du côté opposé. Parmi ces fibres transversales, il en est un certain nombre qui forment une arcade transversale à convexité antérieure. Cette arcade est presque constante. Elle est souvent en partie musculaire. Elle est constante et très forte chez beaucoup de singes. Chez ces derniers animaux, les digastriques ne prennent pas attache à l'hyoïde et ne présentent jamais de poulie de réflexion.

4° **Anomalies diverses.**

1. **Anomalie des artères et veines rénales. Anomalie de la thyroïdienne inférieure chez le même sujet.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1894.

2. **Anomalie de l'artère linguale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

3. **Artère mammaire interne latérale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1894.

4. **Artère mammaire interne latérale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1894.

5. **Acromion formant un os isolé réuni au reste de l'épine par une véritable articulation.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

6. **Os acromial.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1895.

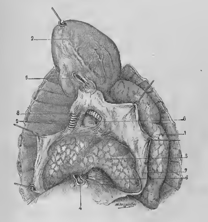
7. **Os trigone.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

8. **Os trigone.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

9. **Côtes surnuméraires cervicales et lombaires.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

10. **Ectopie du poumon.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1894.

Le poumon droit est couché en travers, au devant de la colonne



vertébrale et du poumon gauche. Il est séparé de la colonne vertébrale, par l'œsophage et l'aorte. La plus grande partie du poumon

droit occupe la moitié *gauche* du thorax et se trouve placée au-dessous et en avant du poumon gauche.

Ces ganglions ectopiques offrent un grand intérêt en ce qu'ils permettent d'interpréter certaines adénites de siège anormal.

11. Duplicité bilatérale complète des uretères. — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

12. Ectopie iliaque de la vessie chez un sujet cryptorchide du même côté. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1900.

La vessie occupait la fosse iliaque droite, prenant la place du cæcum. Celui-ci, plus haut situé qu'à l'ordinaire, n'était en rapport qu'avec la partie la plus élevée de cette fosse. La vessie était fixée dans cette situation anormale par le péritoine qui l'entourait d'une façon incomplète, laissant sa partie latérale droite appliquée au fascia-iliaca et séparé de lui par du tissu cellulaire.

La partie pelvienne de la vessie était réduite à un canal infundibuliforme allant du psoas droit à la prostate.

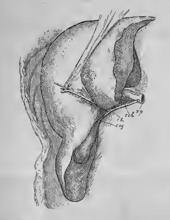
Cette disposition ectopique de la vessie était bien certainement congénitale, ainsi que l'atteste l'intégrité du tissu cellulaire péri-vésical, du péritoine pelvien et de celui qui couvre la vessie dans la fosse iliaque.

Le testicule droit est en ectopie rétro-pariétale. Il est fort atrophié. Le canal déférent correspondant décrit dans la cavité pelvienne un trajet anormal, se dirigeant d'abord très en arrière vers la grande échancrure sciatique, pour revenir en avant, après s'être brusquement coudé. Les deux branches de cette anse forment un U très allongé et placé horizontalement ⊃.

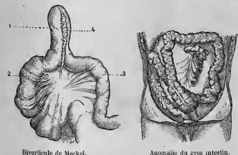
13. Ganglion extra-inguinal, sur la face externe du tenseur du fascia lata. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1900.

Ganglion erratique dépendant du groupe inguinal externe.

14. **Configuration anormale du foie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1896.



15. **Diverticule de Meckel. Anomalies du gros intestin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.



Diverticule de Meckel.

Anomalie du gros intestin.

5° Notes sur l'anatomie du pied

1. **Note sur un scaphoïde s'articulant par de larges facettes avec le cuboïde et le calcanéum.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

2. **Note sur une facette de l'os astragale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

Il existe fréquemment sur le corps de l'astragale, à la partie la plus externe du sinus du tarse, une facette encroûtée de cartilage, se continuant en arrière et en bas avec la surface articulaire astragalienne postérieure.

Dans les figures 1, 2, 3, l'astragale a été scié en travers au niveau du sinus du tarse, et l'on a dessiné le segment postérieur de la coupe.

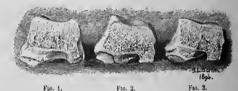


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

La présence de cette facette tient aux mouvements qu'exécutent le calcanéum et l'astragale. Dans la flexion du pied et la rotation

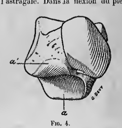


Fig. 4.

a. Surface articulaire de la face inférieure du corps de l'astragale. — a' Facette due au contact de l'astragale avec la grande apophyse du calcanéum.

en dehors, il y a contact entre la grande apophyse du calcanéum et cette partie de l'astragale. Du côté du calcanéum, des tissus fibreux adoucissent le contact et empêchent le développement, à ce niveau, d'une facette encroûtée de cartilage. Les variations de forme de la grande apophyse expliquent que cette facette puisse manquer, et, quand elle existe, revêtir des aspects différents.

3. Note pour servir à l'étude de l'anatomie du calcanéum.
Bulletins de la Société anatomique, 1894.

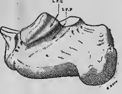


Fig. 1. — L. F. P. Gouttière du long fléchisseur propre. — L. F. C. Gouttière du long fléchisseur commun.

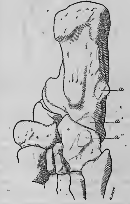


Fig. 2. — *a*, Apophyse trochléaire. — *a'*, Surface de frottement à la partie antérieure de la grande apophyse. — *a''*, Surface de frottement sur le cuboïde.

1° La petite apophyse du calcanéum présente sous sa face inférieure une large gouttière antéro-postérieure, empreinte laissée sur cette portion de l'os par le tendon long fléchisseur propre du gros orteil. Cette gouttière bien connue et partout décrite n'occupe pas toute la face inférieure de la petite apophyse.

En dedans de son bord interne, on observe presque toujours sur l'os frais une deuxième gouttière (*L. F. C.*, fig. 1), séparée de la précédente, tantôt par une crête, tantôt par une petite surface trian-

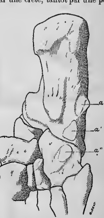


Fig. 3. — *a*, Apophyse trochléaire. — *a'*, Surface de frottement à la partie antérieure de la grande apophyse (cette surface est ici séparée de l'articulation calcanéo-cuboïdienne). — *a"*, Surface de frottement cuboïdienne.

gulaire, rugueuse, à base postérieure. C'est l'empreinte laissée par le passage du long fléchisseur commun des orteils.

2° Le tendon du long péronier latéral entre parfois en contact avec la partie externe et inférieure de la grande apophyse. Ce contact se traduit alors par la présence à ce niveau d'une surface de glissement, bien visible sur l'os frais.

Cette facette peut présenter deux types : dans l'un elle se continue avec la surface articulaire calcanéenne de la jointure calcanéo-cuboïdienne. Elle fait partie de l'articulation (fig. 2).

Dans un autre, elle en est parfaitement distincte (fig. 3).

Le tendon long péronier présente à la hauteur de cette facette un nodule fibreux, aplati, comparable à celui qui est situé dans son épaisseur au niveau de sa surface de frottement cuboïdienne.

4. **Note sur l'architecture du calcanéum considérée au point de vue des fractures de cet os.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

La raréfaction du tissu osseux dans *l'état sénile* du calcanéum se manifeste principalement dans la région intermédiaire aux deux grands systèmes de trabécules.

Les phénomènes de résorption et la production d'espaces lacunaires s'effectuent en outre à la partie externe, bien plus tôt et bien plus complètement que du côté de la face interne.

La résistance de l'os est à ce point diminuée, qu'il suffit sur la plupart des calcanéums de vieillards d'appuyer sur la face externe de l'os pour briser la coque osseuse, et enfoncer le doigt dans le calcanéum.

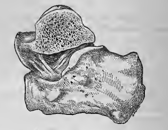
L'étude de quatre cas personnels de fracture du calcanéum m'avait montré que dans les écrasements du calcanéum la partie antéro-externe de la surface articulaire postérieure basculait et s'enfonçait. L'examen des coupes montre que ce point est un des moins soutenus et qu'un choc violent peut l'effondrer sans grande difficulté. Dans ces fractures on trouve constamment un fragment composant la petite apophyse, et une bande sous-jacente de tissu compact et généralement une petite partie de la surface articulaire postérieure. La présence de ce fragment d'aspect caractéristique est expliquée par la disposition du tissu compact à ce niveau.

Dans les arrachements de la petite apophyse, la séparation ne doit pas se produire au niveau de la base de cette apophyse, mais le fragment emporté doit comprendre aussi les régions qui entourent cette base.

5. **Le ligament interosseux de l'excavation calcanéo-astragalienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

On décrit habituellement l'appareil ligamenteux de l'excavation calcanéo-astragalienne, comme composé de deux haies fibreu-

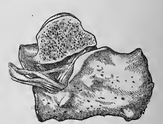
ses situées, l'une immédiatement en arrière de l'articulation sous-astragalienne antérieure, l'autre immédiatement en avant de la postérieure. Distantes à leur partie externe de toute l'étendue qui



Les deux ligaments principaux de l'excavation calcanéo-astragalienne, l'un externe, l'autre profond ou interne.

sépare en dehors ces deux articulations, elles seraient en dedans rapprochées et juxtaposées.

Or la dissection montre que de ces deux baies fibreuses, la posté-



Pilier interne accessoire de la fronde, passant à travers le ligament profond.

rieure, généralement réduite à une bande étroite et mince, est presque négligeable au point de vue physiologique.

L'antérieure, rarement continue d'une extrémité à l'autre du canal astragalo-calcanéen, est ordinairement divisée en deux gros ligaments distincts, l'un externe, l'autre profondément caché dans

le fond du tunnel. Ces ligaments n'ont ni la même direction ni les mêmes fonctions. Leur étude permet seule de comprendre le mécanisme de l'articulation sous-astragalienne.

Chez les singes ces deux ligaments se montrent avec une netteté schématique. Ils sont très gros, très forts, absolument isolés l'un de l'autre, et ce sont les seuls ligaments de l'articulation.

L'appareil fibreux qui bride les tendons extenseurs des orteils, s'insère par deux piliers sur la face dorsale de la grande apophyse du calcanéum, mais le pilier interne prend en outre insertion par une racine distincte et presque constante dans le fond de l'excavation calcanéo-astragalienne. Les fibres de ce *pilier interne accessoire* vont se fixer les unes au calcanéum en passant tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt à travers le gros ligament profond, d'autres se recourbent en haut pour s'attacher à la face inférieure de l'astragale.

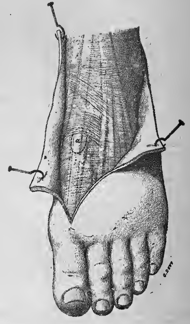
6. **Le ligament cunéo-métatarsien transverse chez les singes et chez l'homme.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

Il existe chez les singes un ligament qui, transversalement placé sous le squelette du pied, relie le premier cunéiforme aux quatre derniers métatarsiens. Ce ligament cunéo-métatarsien, transverse, faible dans quelques espèces, est bien développé chez d'autres. Dans le pied humain, on retrouve ce ligament ; mais variable et inconstant dans sa forme, ses insertions et son existence, il est incompréhensible pour qui ne l'a pas étudié d'abord sur le pied du singe. Il prend insertion sur la face externe du premier cunéiforme à la partie antérieure. Toutes ses fibres se portent en dehors vers les bases métatarsiennes.

7. **Osselet surnuméraire entre les bases du 1er et du 2e métatarsien.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

8. **Bourse séreuse entre la face externe du ligament péronéo-calcanéen et les tendons péroniers.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.

9. **Note sur une bourse séreuse qui existe fréquemment entre le premier cunéiforme et le tendon extenseur propre du gros orteil.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1894.



a. Bourse séreuse entre le tendon de l'extenseur du gros orteil et le premier cunéiforme.

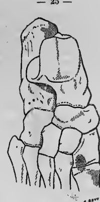


Schéma montrant l'exacte situation de cette bourse par rapport au squelette.

10. Note sur les bourses séreuses de la plante du pied. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

Les bourses sous-cutanées proprement dites sont rares à la plante à cause de la disposition du tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Des trois bourses de Lenoir, seule la sous-calcanéenne siège dans le tissu cellulaire sous-cutané.

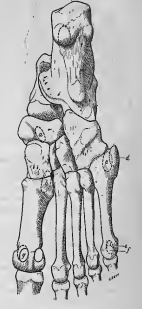
Ces trois bourses ne sont d'ailleurs pas aussi constantes qu'on l'admet généralement. La plus fréquente est celle qui est située au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil (une fois sur deux). Celle du talon se rencontre une fois sur quatre. La plus rare est celle du gros orteil (une fois sur huit).

La bourse sous-calcanéenne se développe au niveau de la tubérosité interne, immédiatement au-dessous du périoste et des tissus fibreux qui le doublent. Parmi les causes qui peuvent influer sur son développement, il y a lieu de faire intervenir en première ligne la conformation de la tubérosité interne du calcanéum.

La bourse du gros orteil et celle du petit orteil sont toujours séparées de la peau par une expansion fibreuse dépendant de l'aponévrose plantaire moyenne. La première siège sur le versant interne de la face plantaire du sésamoïde interne, empiétant un peu sur la gaine du tendon long fléchisseur propre du gros orteil.

Elles contractent d'intimes rapports avec les nerfs collatéraux plantaire interne du gros orteil et plantaire enterne du petit.

Sur le bord intorno du pied, du côté de la face plantaire, existe une bourse constante au niveau de l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien, une autre fréquente au-dessous



du scaphoïde, dans la gouttière où glisse le tendon plantaire du jambier postérieur.

Au niveau de la base du premier métatarsien (toujours du côté plantaire) on trouve parfois une bourse sous-cutanée, et très fréquemment une bourse entre la face inférieure du métatarsien et le tendon de l'adducteur du petit orteil.

A la partie antérieure du même os on trouve bien souvent une

petite bourse entre le tendon de l'abducteur et le ligament latéral externe de l'articulation.

Il existe des bourses constantes entre les tendons des lombricaux et le ligament qui, transversalement placé au-dessous de la tête des métatarsiens, réunit solidement toutes les articulations métatarso-phalangiennes. Ces bourses communiquent en avant avec celles qui séparent les articulations métatarso-phalangiennes.

6° Notes sur les nerfs de la main.

1. Quelques anomalies du nerf cubital. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.

I. La branche dorsale et la branche palmaire du nerf cubital contractent l'une avec l'autre de fréquentes anastomoses, mais cette union des deux branches peut se faire de manières très différentes.

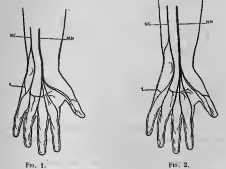


Fig. 1. Fig. 2.

Anastomose oblique ou transversale entre la branche dorsale et le collatéral interne du petit doigt.

Le plus souvent, un gros filet se détache de la branche dorsale à la hauteur de la base du 5e métacarpien, et se portant très obliquement en bas, en avant et en dedans, vient se jeter dans le collatéral palmaire interne du petit doigt (fig. 1).

II. Ailleurs, l'anastomose toujours sous-cutanée est transversale et croise perpendiculairement le bord cubital de la main (fig. 2).

III. Voici une autre variété. La branche dorsale émet à la hauteur du pisiforme un gros rameau qui se porte en avant, en bas et en dedans, en contournant le bord cubital de la main. Ce rameau se divise en deux filets, dont l'un vient se jeter obliquement dans le collatéral palmaire interne du petit doigt. L'autre filet passe sous ce collatéral du petit doigt et vient se fusionner avec le rameau du cubital qui va fournir les collatéraux palmaires externe du petit doigt et interne de l'annulaire (fig. 3).

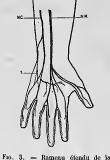


Fig. 3. — Rameau étendu de la brancha dorsale au collatéral interne du petit doigt et au tronc des collatéraux externe du petit doigt et interne de l'annulaire.

Fig. 4. — Anastomose en ellipse entourant le pisiforme.

IV. Un rameau de la branche dorsale pénètre dans l'épaisseur de l'éminence hypothénar, entre l'opposant et le court fléchisseur du petit doigt, et s'unit avec un filet du nerf destiné à ce muscle.

V. Le pisiforme est encadré dans une ellipse nerveuse (fig. 4).

VI. Le nerf collatéral palmaire interne du petit doigt provient de la branche dorsale, ce nerf collatéral ne recevant qu'un tout petit filet de la branche superficielle palmaire.

VII. Dans d'autres cas il y a anastomose entre filets superficiels et filets profonds de la branche palmaire. Ainsi le collatéral palmaire interne du petit doigt, à la partie moyenne de l'éminence thénar, reçoit un gros filet, venu du nerf de l'adducteur du petit doigt.

VIII. Dans un cas la branche dorsale était double, deux rameaux dont l'un se détachait à mi-hauteur de l'avant-bras, l'autre à 5 cen-

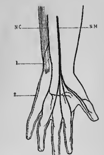


Fig. 5. — 1. Filet étendu de la branche palmaire à la branche dorsale en passant à travers le cubital antérieur. — 2. Collatéral palmaire interne venant de la branche dorsale.

timètres de la tête du cubitus. Ce dernier fournissait un filet anastomotique important au collatéral palmaire interne du petit doigt et le collatéral dorsal interne ; l'autre se distribuait à la partie externe



Fig. 6

du petit doigt, à l'annulaire, au médius et s'anastomosait avec le radial.

IX. Les rameaux dorsaux sont fournis par le radial (fig. 6).

X. Le cubital émet une branche sous-cutanée couvrant de ses filets les parties antérieure et interne de la moitié inférieure de l'avant-

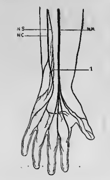


Fig. 7. — N. S. Rameau superficiel. 1. Anastomose avec le tronc cubital.

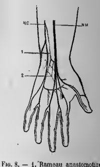


Fig. 8. — 1. Rameau anastomotique étendu du cubital au médian. 2. Petit plexus formé par les filets de ce rameau.

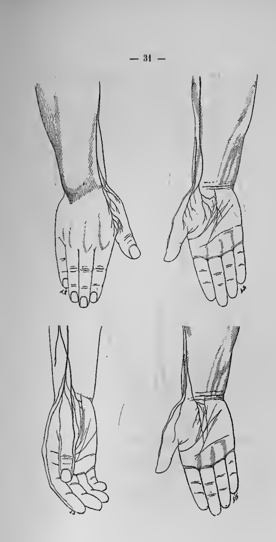
bras. Un de ses rameaux s'anastomose avec un autre filet issu du tronc cubital, un peu au-dessus du pisiforme (fig. 7).

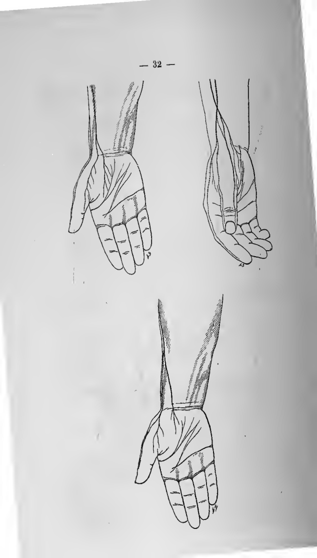
XI. Le nerf cubital s'unit fréquemment au brachial cutané interne.

2. **Collatéral dorsal externe du pouce fourni par le musculo-cutané.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.

3. **Le nerf musculo-cutané et l'innervation des téguments de la main.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.

Chez beaucoup de sujets, le musculo-cutané prend une part importante à l'innervation de la peau de l'éminence thénar, du pouce, et du premier espace interosseux. L'étendue du territoire innervé par le musculo-cutané varie d'un sujet à l'autre, de la main droite à la main gauche. Toutes ces variations des nerfs de la main sont importantes à noter, car elles peuvent dans une certaine mesure servir à interpréter les résultats un peu déconcertants que donne parfois la recherche de la sensibilité après les blessures des troncs nerveux.





4. **L'innervation de la face dorsale de la main et des doigts.**
Bulletins de la Société anatomique, janvier 1897.

Indépendamment de quelques ramuscules du musculo-cutané, le radial et le cubital se partagent équitablement l'innervation du dos de la main, chacun sa moitié ; la ligne de partage passe par l'axe du médius, et ce doigt reçoit des filets des deux nerfs. Telle est la disposition décrite par les classiques, et qui en effet est commune.

Mais très souvent il y a inégalité dans la répartition des filets du

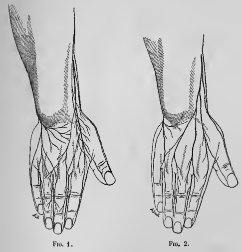


Fig. 1. Fig. 2.

cubital et du radial, et alors presque toujours c'est le radial qui devient prédominant.

Il est extrêmement fréquent de voir le territoire du radial devenir prépondérant (fig. 1, 2, 3, 4, 5).

Rarement le nerf cubital peut à son tour envahir le territoire habituellement innervé par le radial, envoyer des filets jusqu'à l'index (fig. 6).

Il est fréquent aussi de voir des filets du cubital et du radial s'entrecroiser au niveau du troisième espace interosseux, les filets venus du cubital allant au médius, ceux du radial allant à l'annulaire.

Il y a souvent anastomose entre ces filets au moment de leur entrecroisement. Dans d'autres cas ils ne s'unissent point et passent librement les uns au-dessous des autres.

En somme, c'est presque toujours le radial qui tend à prédominer. Et même quand il y a égale répartition au sujet des doigts, il y a *sur le dos de la main une légère prédominance du radial,* au moins pour la partie inférieure de la région, pour la partie proche des doigts. Pour celle qui est *proche du poignet,* c'est presque toujours

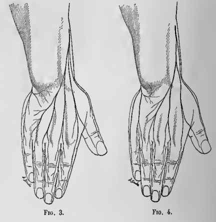


Fig. 3. Fig. 4.

le *cubital* qui joue le plus grand rôle dans l'innervation. Ce n'est donc pas une ligne verticale passant par l'axe de la main qui sur un schéma doit délimiter le territoire du radial de celui du cubital, mais une ligne courbe en S.

Pour ce qui est de la distribution des collatéraux, il y a des variations plus grandes encore, exception faite pour le pouce.

On sait que chez les singes, les collatéraux dorsaux vont tous jusqu'à l'extrémité des doigts. Chez nous ils sont en voie de régression et d'autant plus qu'on se rapproche de l'axe de la main.

Toute la partie restante des doigts est innervée par des rameaux venus des collatéraux palmaires.

On dit quelquefois que les *collatéraux dorsaux* viennent alors des *collatéraux palmaires* ; c'est une erreur de nomenclature.

Ce sont des rameaux en dehors du type primitif, devenus prédominants à la suite de l'atrophie des véritables collatéraux.

Sur chacun des quatre derniers doigts, et cela est surtout vrai pour les doigts du milieu, le collatéral palmaire émet ordinairement trois rameaux dorsaux.

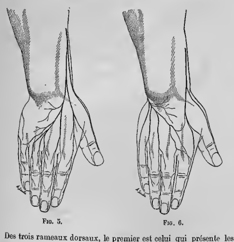


Fig. 5. Fig. 6.

Des trois rameaux dorsaux, le premier est celui qui présente les plus grandes variations.

Son développement est généralement en raison inverse de celui du collatéral dorsal.

Une part considérable de l'innervation de la face dorsale des doigts revient donc en définitive aux collatéraux palmaires.

D'autre part, il n'est pas rare de voir des filets venus des nerfs dorsaux descendre vers la commissure des doigts, et dans leur distribution dépasser un tant soit peu la ligne de partage des faces dorsale et palmaire, pour innerver une petite partie des téguments palmaires au voisinage de cette commissure.

7° Recherches sur les glandes sublinguales.

Des prolongements de la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien, et de leur rôle dans la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne. — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1897.

Le muscle mylo-hyoïdien composé de faisceaux transversaux, parallèles, juxtaposés, forme habituellement un plan charnu ininterrompu.

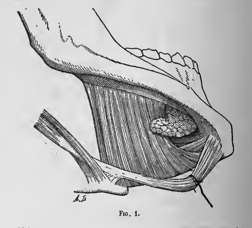


Fig. 1.

Mais chez nombre de sujets les faisceaux laissent entre eux des points faibles, des lacunes, de véritables solutions de continuité.

A travers ces solutions de continuité la glande sublinguale envoie fréquemment des prolongements une ou deux fois au moins sur dix sujets adultes.

Les prolongements glandulaires font hernie à travers les interstices du muscle ; ils se montrent sous des aspects variables. Souvent à peine voilés par une lame celluleuse, ils laissent voir à travers cette mince enveloppe leur coloration d'un gris rosé et leur lobulation.

Ailleurs, ils sont masqués d'une épaisse couche graisseuse, graisse

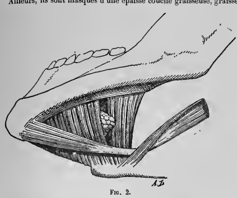


Fig. 2.

en continuité avec celle qui se trouve au-dessus du mylo-hyoïdien :

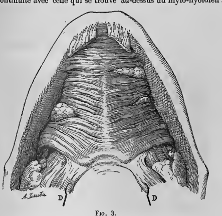


Fig. 3.

en dissociant cette graisse on y trouve des grains glanduleux et parfois de notables portions de la glande.

Quelquefois à côté de prolongements glandulaires on trouve de véritables hernies graisseuses, pelotons adipeux de la couche sus-mylo-hyoïdienne, de l'atmosphère de la glande sublinguale, ayant passé à travers le muscle.

Sur certains sujets on trouve de petites glandes indépendantes, situées à la face inférieure du mylo-hyoïdien, que traverse leur conduit excréteur. Elles rappellent, par leur situation vis-à-vis de ce muscle, les glandes molaires plaquées à la face externe du buccinateur. Mais c'est là une disposition rare.

Le nombre, le volume, le siège de ces prolongements varient considérablement.

Bien qu'ils puissent s'observer dans toute l'étendue du mylo-hyoïdien, il y a cependant deux sièges d'élection : 1° tout à fait en avant au voisinage des apophyses Geni (fig. 1) ; 2° à la partie moyenne du muscle (fig. 2 et 3).

Par contre on ne les voit jamais sur la ligne médiane et rarement près du bord postérieur du muscle.

Un kyste prenant naissance dans une de ces glandes évoluerait forcément dans les deux sens.

Une grenouillette développée dans ces conditions (quelle que soit d'ailleurs la manière dont on comprenne le processus intime de la formation de ces kystes) serait d'emblée une grenouillette en bissac ayant partie au-dessus, partie au-dessous du muscle, et faisant saillie du côté de la bouche, et du côté de la peau.

Cette constatation paraît donc apporter une certaine lumière dans la pathogénie si controversée des grenouillettes sus-hyoïdiennes.

II. — PATHOLOGIE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

1° Maladies congénitales.

1. Kyste dermoïde latéral du plancher de la bouche. — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1898.

La poche était en bissac et se réfléchissait au niveau du bord postérieur du mylo-hyoïdien ; elle adhérait en avant aux tendons géniens.

Dans l'épaisseur de la paroi, constituée par un derme et un épiderme, on voyait un grand nombre de très belles glandes sébacées et quelques follicules pileux. Par contre, il n'y avait pas de papilles.

Quant au liquide, il présentait cette particularité de contenir du sulfocyanure de potassium. Si le kyste était demeuré clos pendant toute son évolution, le fait eût été d'une interprétation difficile. Mais il a été pendant un temps en communication large avec la bouche par suite d'une tentative de drainage bucco-sous-maxillaire.

2. Kyste dermoïde sus et présternal. — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 octobre 1900.



Ce kyste était médian, à la fois sus et présternal, mais surtout

cervical. Comme le sont habituellement ceux de la tête et du cou, ce kyste est très simple : un sac cutané, rien de plus.

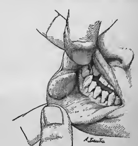
Les renseignements fournis au sujet du début et de l'évolution de sa tumeur, ainsi que les signes révélés par la palpation, permettaient de formuler le diagnostic avec beaucoup de probabilité.

La tumeur adhérait aux aponévroses, adhérence d'où résultait ce signe particulier, l'ascension sous l'influence des mouvements de la déglutition.

3. **Tumeur congénitale de la lèvre inférieure. Angio-lymphangiome.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1898.

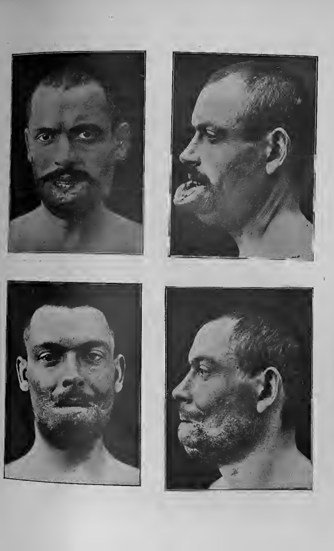
Cette tumeur, non réductible, assez bien limitée, faisait corps avec la muqueuse et présentait une obscure mobilité sur le plan musculaire de la lèvre.

L'examen microscopique a confirmé absolument le diagnostic Sur les coupes on aperçoit une grande quantité de vaisseaux sanguins et d'énormes lymphatiques. En plusieurs points il y a de petits foyers hémorrhagiques.



4. **Angiome de la lèvre supérieure.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 février 1904.

5. **Volumineux angiome de la lèvre inférieure. Extirpation. Cheiloplastie.** — *Société de Chirurgie*, 18 novembre 1903.



6. Traitement d'un volumineux angiome de la joue et de la région parotidienne. — *Congrès français de Chirurgie*, 18 octobre 1899.

Quand une tumeur érectile peu volumineuse est superficielle ou simplement accessible, le meilleur parti est de l'extirper. Pour les tumeurs volumineuses, étendues, et occupant les plans profonds, cette conduite ne peut plus être adoptée d'une manière générale.

Quand M. Lannelongue communiqua les résultats qu'il avait obtenus par l'application de la méthode sclérogène au traitement



d'un vaste angiome, cette méthode me parut séduisante ; dans mon article du *Traité de Chirurgie* je la considère comme traitement de choix pour les angiomes de la joue et du plancher de la bouche.

Le cas que j'ai communiqué au Congrès de 1899 plaide en faveur de cette opinion :

Il s'agissait d'un angiome pur, angiome profond et de la variété dite veineuse. Cet angiome occupait toute la joue, la région paroti-





dienne ; se prolongeait par-dessus l'arcade zygomatique vers la tempe et en bas vers la région sus-hyoïdienne.

Après avoir essayé sans aucun résultat l'emploi de la gélatine, je



traitai ce jeune homme par les injections de chlorure de zinc, dont le succès fut remarquable.

Maintenant encore l'état du malade est très satisfaisant ; il n'y a jamais eu lieu d'instituer un traitement complémentaire.

7. De la reposition et du plissement cosmétiques du pavillon de l'oreille. — *Revue d'Orthopédie*, 1er juillet 1903.

Toutes les anomalies *de direction* du pavillon, simples ou compliquées d'autres vices de configuration, sont en principe justiciables d'interventions réparatrices. En pratique, il existe de nombreuses contre-indications.

La technique du redressement a été comprise à peu près de la même manière par la plupart des auteurs, elle a consisté principa-

lement à supprimer en arrière du pavillon une certaine étendue des téguments et à réunir les bords de la perte de substance.

La résection cutanée elliptique suffit à procurer dans les cas ordinaires un changement considérable dans la direction des oreilles.

A cette résection d'un lambeau elliptique, on joindra avantageusement dans certains cas la suppression soit d'un triangle cutané soit d'un ovale, au voisinage du bord libre.

Le cartilage opposant une certaine résistance au redressement, on est amené à s'attaquer à lui. Il est susceptible de se laisser modeler, de recevoir une forme imposée et de la garder si l'on a soin de la fixer.

Cette fixité paraît être suffisamment assurée par des sutures perdues dont les fils traversent la substance même du fibro-cartilage. Mais il est plus sûr encore d'inciser d'abord ce fibro-cartilage ou d'en exciser une bande, de briser sa continuité.

Si la déviation se compliquait de macrotie, il y aurait lieu de réséquer un segment du pavillon, selon toute son épaisseur, en rapprochant ensuite les bords de la perte de substance, ce traitement ne contrariant nullement l'opération applicable à la déviation de l'oreille. Mais dans les cas où cette résection a été faite pour macrotie (Martino, 1856; Hedrich, Joseph), la difformité était isolée.

8. **Kyste de l'ouraque.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 décembre 1900.

Comme tous les organes transitoires, l'ouraque laisse au cours de son évolution régressive des débris qui sont susceptibles de jouer ultérieurement un rôle pathologique. Des restes de la cavité tubulaire dont l'ouraque est primitivement creusé, complètement isolés, sont susceptibles de former des kystes dont l'étude a fait l'objet de travaux de Freer (*Ann. of Surg.*, 1887), Robinson (*ibid.*, 1891), Lawson Tait, Atlee, Alban Doran. Dans presque tous les cas relatés il s'agit de tumeurs déjà volumineuses. Les premiers stades de ces kystes sont moins connus, car ils sont complètement indolents et ne donnent lieu à aucun symptôme.

9. **Enorme tumeur congénitale sacro-coccygienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1901.

C'était un lipome diffus, très vasculaire, dont l'accroissement, in-



cessant depuis l'enfance, était devenu très rapide sous l'influence de deux grossesses.

Les téguments présentaient sur toute la surface de la tumeur une pigmentation très accusée.

Le poids énorme de cette masse et son volume rendaient l'existence très misérable. La défécation surtout était devenue fort pénible.

La malade n'a pas survécu à l'extirpation, qui cependant n'avait présenté aucune difficulté particulière. L'effusion de sang avait été très modérée, grâce à l'hémostase préalable par pincement. Dans

l'épaisseur de la graisse était une poche de spina bifida, reliée au



canal rachidien, par un pédicule plein passant entre deux arcs sacrés.

10. Myxome sacro-coccygien. — *Bulletins de la Société anatomique*, 17 octobre 1902.

Tumeur occupant la fesse gauche, mais reliée par un pédicule à l'hiatus sacro-coccygien. Coïncidence intéressante, la malade avait eu un double pied-bot congénital. A l'origine des deux lésions il y a eu peut-être quelque trouble survenu dans l'évolution rachidienne

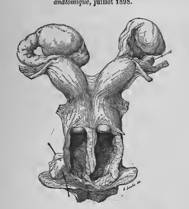
de l'embryon. Et si l'on veut aller jusqu'au bout de cette hypothèse, ne verra-t-on pas là un argument en faveur de la théorie, qui inter-

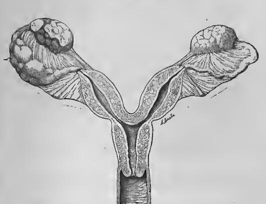




prète les pieds-bots ordinaires comme des malformations secondaires dont la cause première est dans la moelle.

11. **Utérus double et vagin cloisonné.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1898.





12. Abouchement congénital de l'urèthre dans le rectum.
Congrès de Chirurgie, 1901.

Le sujet expulsait toutes ses urines par l'anus. L'orifice uréthral s'ouvrait à la partie supérieure du canal anal. L'urèthre antérieur existait cependant bien qu'inutilisé ; il était perméable à de très fines bougies.

13. Tumeur congénitale (angio-lymphangio-lipome) du flanc.
Bulletins de la Société anatomique, 1899.

La tumeur, masse diffuse, occupait le côté gauche du tronc, s'étendant du rebord des fausses côtes jusque sur la fesse, dépassant en avant l'épine iliaque antérieure et supérieure, en arrière la symphyse sacro-iliaque. L'extirpation en fut faite avec succès.

Elle est composée de vaisseaux lymphatiques dilatés, de graisse et de vaisseaux sanguins, artériels, veineux et surtout capillaires. On y trouve en outre çà et là de grands faisceaux de fibres lisses.

Autour des vaisseaux lymphatiques, il y a aussi des fibres musculaires lisses en abondance tout à fait surprenante.

14. Lipome congénital d'un orteil. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

Le deuxième orteil présente des dimensions considérables. Il est huit ou dix fois plus gros que le gros orteil, et dépasse de beaucoup en avant le niveau des autres doigts.

Le squelette, peu modifié ne présente qu'une légère augmentation générale, que l'image radiographique avait exagérée. Les articulations, les tendons, la gaine synoviale sont parfaitement intacts ; il n'y a pas de modification appréciable du côté des vaisseaux. La lésion prédominante et pour ainsi dire unique est le développement de la graisse. Il s'agit d'un lipome pur entourant tout l'orteil, mais prédominant à la partie inférieure et sur les côtés.

15. Hypertrophie congénitale éléphantiasique du membre supérieur gauche. — *Bulletins de la Société anatomique*, 2 février 1900.

Il n'y a pas d'hypertrophie en longueur, ni de grosse modification

du squelette et des muscles. Les lésions occupent surtout les couches superficielles et principalement le tissu cellulaire sous-cutané.

Il y a eu au début une malformation du système lymphatique,



une sorte de lymphangiome. C'est d'ailleurs ce qu'on observe fréquemment dans les hypertrophies congénitales, qui dans un grand nombre de cas sont des vices de développement du système lymphatique.

16. Vieille luxation congénitale de la hanche. — *Bulletins de la Société anatomique*, 15 novembre 1901.

Le déjettement en dehors de l'ischion s'explique sans doute par l'action de l'obturateur interne, de la portion du 3e adducteur et du

carré crural, aidés par la masse des adducteurs et l'obturateur externe qui tendent à attirer dans le même sens la branche ischio-pubienne. Le changement de forme du trou sous-pubien tient à la même cause.

Quant au renversement en dedans de la crête iliaque, on l'attribue généralement à l'action du muscle iliaque. Ce muscle était ici, sinon annulé au point de vue fonctionnel, du moins très diminué : son atrophie et celle du psoas sont vraisemblablement secondaires, la luxation étant fixée, dans des conditions telles que les mouvements étaient à peu près abolis. Mais même dans le cas de luxation encore ballante, il faudrait faire, à notre sens, intervenir d'autres facteurs dans la pathogénie de ce renversement.

Le nerf sciatique décrit une crosse autour des pelvi-trochantériens postérieurs soulevés par l'ascension du fémur.

Bien que la claudication fût accentuée, cet homme marchait sans fatigue. La flexion de la cuisse sur le bassin augmentait le raccourcissement réel et partant la boiterie. On aurait pu la corriger et améliorer la marche par l'ostéotomie sous-trochantérienne.

17. **Amputation congénitale et anomalies multiples chez un fœtus à terme.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897.

Du côté gauche, la jambe se termine par un moignon, comme si elle avait été amputée dans son tiers inférieur.



Le tibia est simplement entouré d'une gaine tégumentaire. Il n'y a *aucune trace de péroné.*

Du côté droit, le pied n'a que *trois orteils,* les os du tarse paraissent soudés. La jambe, très grêle, est comme à gauche *dépourvue de péroné* et de *muscles.*

Il n'y a point d'anus. Il n'existe pas non plus *d'organes génitaux externes.*

Le poumon droit, *arrêté dans son développement,* est du volume d'un tout petit pois.

Le gauche ne présente *aucun vestige de la division en lobes.*

Le cœur remplit la *moitié droite* du thorax.

Les deux ventricules communiquent.

La crosse de l'aorte est *à droite,* le tronc brachio-céphalique *à gauche.*

Il y a *deux veines caves supérieures.*

La veine ombilicale passe *au devant du foie,* pour se jeter dans la veine cave inférieure, juste au niveau du diaphragme.

L'estomac et l'intestin grêle ne *communiquent point.*

Le gros intestin se termine en cul-de-sac dans la fosse iliaque gauche.

Les deux trompes viennent se terminer en une sorte de noyau dur dans lequel il est impossible de reconnaître aucun organe. Il n'y a pas d'urèthre.

18. **Amputation congénitale pré-carpienne** in **Amputation pré-carpienne**. — *Revue d'Orthopédie,* 1900.



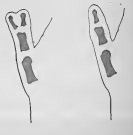
19. **Fusion congénitale des os de l'avant-bras à leur partie supérieure.** — *Bulletins de la Société anatomique,* janvier 1904.

La tête radiale rudimentaire n'entrait pas en contact avec l'humérus, et l'articulation du coude était seulement huméro-cubitale.

Sur une étendue de trois centimètres le radius et le cubitus étaient fusionnés. L'avant-bras étant dans une pronation extrême, j'ai tenté une intervention ayant pour but de séparer les deux os.

20. **Pouce bifide.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 juin 1903.

Le pouce bifide, anomalie chirurgicalement bien distincte du pouce surnuméraire implanté latéralement, est une malformation assez délicate à traiter. Pour rendre au pouce la forme naturelle il n'y a que deux manières : *a*) supprimer un des pouces ; *b*) faire



subir à chacun d'eux une résection longitudinale du côté où ils sont en rapport, et ensuite, réappliquer et fixer l'une à l'autre les parties restantes.

Comme il existe entre les cas des variantes assez accentuées, on peut selon les circonstances adopter tantôt l'une, tantôt l'autre manière de procéder.

Chez un petit malade dont j'ai eu à m'occuper, la malformation étant comme le plus souvent limitée à la dernière phalange, j'ai extirpé une des phalangettes avec l'ongle correspondant et ramené l'autre dans l'axe du doigt au prix d'une petite résection de l'extrémité antérieure de la première phalange. La forme du doigt est devenue très convenable sans que la fonction ait en rien souffert. La résection longitudinale suivie de rapprochement, n'aurait pu dans ce cas fournir un aussi bon résultat ; les deux ongles n'étaient pas de dimensions pareilles, les deux phalangettes étaient notablement divergentes et d'inégal volume.

D'autre part, la simple ablation d'une des phalangettes et de l'ongle correspondant eût été une opération très médiocre. Il fallait y ajouter un temps opératoire très important dans l'espèce. C'est cette manœuvre qui a assuré le succès de l'intervention, et c'est là le principal intérêt de notre observation.

21. **Doigts et orteils surnuméraires.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 24 janvier 1902.

La radiographie nous fournit actuellement des données très intéressantes au sujet des malformations des mains et des pieds. Elle facilite l'étude des anomalies digitales en nous éclairant sur l'absence d'un certain nombre des pièces squelettiques, ou au contraire, cas plus commun, sur l'existence et la disposition de pièces surajoutées.

Dans un cas soumis à notre observation, les métatarsiens des 5e et 6e doigts se fusionnent à leur partie postérieure, et la base commune ne diffère point sensiblement de celle qu'aurait présentée le 5e métatarsien normal. Le sacrifice d'un des orteils est décidé en principe, mais lequel doit être supprimé ? Faut-il l'enlever seul, ou avec le métatarsien correspondant ? Comment doit être conduite l'opération ?

Il me semble qu'on ne peut se borner à la simple suppression d'un orteil, l'indication est de supprimer d'une part le 5e orteil, en réséquant le bout correspondant du 5e métatarsien, puis de supprimer le 6e métatarsien en conservant l'orteil correspondant qui doit être transporté au lieu et place du 5e.

2° Crâne. — Nerfs crâniens.

1. **Tumeur du crâne comprimant le cerveau et déterminant des crises épileptiformes. Extirpation par une large résection crânienne. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1899.

2. **Sarcome du crâne.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, 24 octobre 1900.

Les tumeurs de la paroi crânienne sont peu communes et leur extirpation, quand elles atteignent un certain volume, est pleine de difficultés et d'imprévu. Les connexions profondes du néoplasme, l'étendue de sa portion intra-crânienne, ses rapports avec les méninges et le cerveau sont presque impossibles à préciser. Beaucoup de ces tumeurs sont très vasculaires et l'hémorrhagie opératoire très abondante. Bref, leur ablation est souvent une grave et dangereuse entreprise. L'observation de ma malade contribue cependant à montrer les bons résultats que l'on peut en pareil cas attendre d'une large intervention.

Il s'agissait d'un sarcome. La tumeur était grosse comme une petite orange et semblait avoir pris naissance dans l'épaisseur du diploé. L'extirpation fut très émouvante. La dure-mère ne fut cependant pas ouverte. La perte de substance du crâne était grande comme la paume de la main. L'opération a été suivie du plus heureux résultat. La malade, opérée le 1er mars 1899, a pu être présentée à la Société de chirurgie le 24 octobre 1900. Elle a succombé plus de trois ans après l'intervention, sans avoir présenté de récidive.

3. **Sarcome périostique du frontal chez un petit garçon de huit ans (sarcome globo-cellulaire).** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1899.

L'extirpation de la tumeur a été faite avec succès ; mais le petit malade n'a pas pu être suivi.

4. **Ostéomyélite traumatique du pariétal chez un enfant.** *Bulletins de la Société anatomique*, 28 décembre 1900.

Chez un individu infecté ou en puissance d'infection, le traumatisme agissant sur un os peut déterminer dans cet os l'apparition de phénomènes inflammatoires qui rentrent dans le vaste groupe des ostéomyélites, et cela même quand il n'existe pas de plaie extérieure au niveau du point contus. Le traumatisme agit comme cause déterminante, appelle et localise une infection venue d'un autre point de l'organisme. C'est ce qui s'est passé chez le petit malade qui fait l'objet de mon observation.

5. **Nécrose syphilitique du crâne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 novembre 1900.

6. **Fracture du crâne. Disjonction de la suture fronto-pariétale. Déchirure du sinus longitudinal supérieur.** (Th. Luys.)

7. **Fracture du crâne. Déchirure du sinus latéral.** (Th. Luys.)

8. **Fracture du crâne par enfoncement. Plaie du sinus longitudinal supérieur.** (In Th. Luys, Paris, 1900.)

9. **Fracture du crâne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1896.

La base se séparait en deux morceaux, l'un antérieur auquel restait appendu le massif facial, l'autre postérieur demeurant fixé sur la colonne rachidienne.

10. **Violent traumatisme crânien chez un enfant. Fracture du temporal et disjonction de la suture écailleuse temporo-pariéto-sphénoïdale. Hématome sous-péricrânien et intra-crânien. Trépanation. Guérison.** — *Académie de médecine*, juillet 1899 ; *Gazette des hôpitaux*, 22 juillet 1899.

Les traumatismes crâniens présentent chez l'enfant une physionomie particulière.

Le petit malade que j'ai présenté à l'Académie est un exemple. Le temporal a été brisé transversalement à la partie inférieure de sa portion écailleuse, et toute la suture écailleuse a été disjointe. L'écaille du temporal était ainsi détachée, écartée du reste du crâne. Un hématome extra-crânien communiquait par cette voie avec une

collection sanguine intra-crânienne, formant ainsi un épanchement en bissac.

La disjonction est ici l'élément principal de la lésion.

Outre son intérêt anatomo-pathologique, cette observation est instructive au point de vue de la conduite à suivre dans ces cas difficiles. Elle montre qu'une incision exploratrice, sans danger en elle-même, peut être opportune pour vérifier ce que l'examen clinique permettait seulement de soupçonner.

11. **Extraction d'une balle logée dans l'encéphale.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, le 12 octobre 1898. Rapport par M. Walther, 7 novembre 1900.

12. **Plaie de tête par coup de feu.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 décembre 1900.

La conduite à tenir dans les plaies de tête par coup de feu ne semble pas encore définitivement fixée, si l'on en juge par la discussion de la Société de chirurgie, provoquée précisément par le rapport de M. Walther, sur le court travail qui accompagnait la présentation d'un de mes malades. Mes observations viennent à l'appui de l'opinion des chirurgiens qui croient utile d'intervenir en pareil cas, c'est-à-dire dans les plaies par revolver du commerce de petit calibre. L'opération, menée *avec prudence*, n'aggrave en rien la situation du malade. Jusqu'à la dure-mère on est parfaitement guidé par les lésions que l'on suit pas à pas. Bien entendu, il faut s'abstenir de toute manœuvre susceptible d'augmenter le traumatisme cérébral, et même de toute exploration dans l'épaisseur de la substance cérébrale quand on ne tombe pas sur un foyer. Dans ces plaies faites par de mauvais revolvers, les balles s'arrêtent quelquefois très superficiellement. Quand on peut ôter un projectile en contact avec la dure-mère ou le cerveau, il est évident qu'il vaut mieux le faire, car le projectile est loin, comme on l'a dit, d'être dans l'espèce une quantité négligeable. Le corps étranger n'est évidemment pas seul en cause. Les cheveux, les morceaux de peau entraînés dans la profondeur sont des causes d'infection. Ces petits débris septiques sont fort dangereux et il ne saurait être mauvais de débrider ou de drainer le trajet. Suivre les lésions et assurer le drainage est donc tout aussi important, plus important que de chercher le projectile. Dans ces conditions d'intervention primitive, l'extraction est indiquée seulement quand la balle vient se présenter pour ainsi dire d'elle-même.

S'il faut chercher longtemps dans la profondeur, les tentatives seraient plus nuisibles qu'utiles. Ce qu'on fait c'est surtout une opération de propreté, nullement comparable aux interventions tardives ayant pour but exclusif et déterminé l'extraction du projectile logé dans l'épaisseur de l'encéphale.

13. **Plaies de la tempe par coup de feu. Hématome temporal pulsatile.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 11 juillet 1902.

Les plaies étaient au nombre de quatre ; au centre de la tempe, au-dessus de l'arcade zygomatique se dessinait un soulèvement, une voussure hémisphérique répondant aux deux plaies les plus basses.

Ce qui donnait de l'intérêt à cette saillie, chaque jour mieux circonscrite, c'est qu'elle était pulsatile. On y distinguait des battements réguliers, très doux, isochrones aux pulsations artérielles. L'ampliation de la région temporale, à chaque pulsation artérielle, était très facilement appréciable à l'œil. La tumeur hémisphérique formait une saillie comparable à la moitié d'une noix, molle, fluctuante, et enfin réductible. Son apparition immédiatement après un traumatisme, sa réductibilité, les battements dont elle était le siège, permettaient seulement de formuler les hypothèses suivantes : il s'agissait ou bien d'un anévrysme faux primitif, par blessure d'une artère de la loge temporale, ou de la méningée, ou bien d'une collection sanguine en communication avec le crâne et pulsatile par transmission des mouvements du cerveau ; ou bien d'une céphalhydrocèle traumatique.

Je traçai un lambeau à pédicule inférieur, comprenant la peau et les muscles, et ouvrant largement la loge temporale. Ce lambeau était troué par les quatre perforations. Trois des balles s'étaient arrêtées contre le crâne. La poche pulsatile était en partie dans l'épaisseur du temporal, en partie sous ce muscle. Un orifice arrondi la faisait communiquer avec l'intérieur du crâne. Une seule balle avait donc pénétré dans cette cavité. Il y avait une poche intra-crânienne, entre la paroi osseuse et la dure-mère non perforée. C'était en somme un hématome en bissac, avec poche entre le crâne et l'aponévrose d'une part, poche intercrânio-méningée d'autre part, communiquant par une perforation ovalaire de 10 millimètres sur 7 ou 8. La balle avait traversé obliquement la paroi osseuse et fut trouvée libre, avec quelques esquilles, dans la partie intra-crânienne du bissac.

Si l'on peut discuter d'une manière générale sur l'opportunité de l'intervention primitive dans les plaies de tête en général, et de la tempe en particulier, il n'en va pas de même quand un symptôme déterminé apporte une indication précise. Il y avait nécessité et même urgence à dissiper le doute où nous étions au sujet de cette collection pulsatile, la recherche des balles passant au second plan.

Le caractère pulsatile tenait bien évidemment à la disposition en bissac. Les battements du cerveau se transmettaient à l'extérieur, en refoulant à chaque mouvement d'expansiòn une partie du contenu de la poche interne dans la poche externe, le liquide étant en perpétuel va et vient. La poche externe était ainsi une sorte d'appareil enregistreur des mouvements du cerveau.

Le point de départ de l'hématome était soit une branche de la méningée, soit un sinus du diploé. Au moment de l'opération la source du sang ne pouvait plus être reconnue.

14. Paralysie partielle traumatique du facial supérieur.
Bulletins de la Société anatomique, 10 avril 1903.

Difformité de l'expression faciale en rapport avec la destruction



par un traumatisme déjà très ancien d'un certain nombre de filets de la 7e paire. L'accident, coup de pied de cheval reçu à la tempe gauche, est survenu à l'âge de 10 ans.

La conséquence la plus curieuse de ce traumatisme est l'atrophie

pour ainsi dire complète du muscle frontal, imputable à la section de quelques filets du facial supérieur. La moitié gauche du front reste d'une façon constante absolument lisse, à part la formation d'un petit pli transversal sus-sourcilier dû soit à la conservation de quelques petits faisceaux du frontal, soit à la traction exercée par l'aponévrose épicrânienne. Le sourcil est abaissé et les téguments sous-jacents forment un pli qui tombe au devant de la paupière supérieure.

Le muscle sourcilier est également paralysé, ainsi qu'on peut s'en assurer en commandant au sujet de froncer le sourcil.

15. **Anastomose spino-faciale.**— *Congrès de Chirurgie*, 1902.

L'anastomose spino-faciale, conçue par Faure et Furet, n'avait été pratiquée que deux fois sur l'homme par Faure et par Kennedy, quand j'ai moi-même tenté cette opération le 24 octobre 1901. J'en



ai fait une mention sommaire au Congrès de Chirurgie, le 26 octobre 1901, à propos d'une communication de J.-L. Faure.

Un an après j'ai présenté au Congrès la malade, chez laquelle la restauration fonctionnelle s'est effectuée d'une façon remarquable.

Il s'agissait d'une paralysie faciale, consécutive à une fracture du rocher. L'opération eut lieu deux mois après l'accident.

J'adoptai la technique de Faure : incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; mise à nu du ventre postérieur du digastrique ; recherche de la branche externe du spinal, et section de celle-ci au moment où elle pénètre dans le sterno-mastoïdien ; recherche du facial à la face externe de l'apophyse styloïde, au-dessous du trou stylo-mastoïdien. Le tronc de la septième paire coupé immédiatement au-dessous du rocher, je fixai l'un à l'autre le bout périphérique du facial et le bout central du spinal, à l'aide d'un seul point de fin catgut. Les deux nerfs se continuant formaient une anse contournant la face externe du ventre postérieur du digastrique.



Le retour fonctionnel s'est effectué progressivement du 4e au 6e mois. Autant que nous avons pu l'observer, les mouvements ont reparu à peu près en même temps dans tout le domaine superficiel du facial.

Actuellement si l'on n'était prévenu, on ne soupçonnerait jamais qu'il y a eu paralysie de la septième paire. En examinant de profil le côté gauche, autrefois inerte et flasque, l'illusion est complète, le masque facial ayant en apparence toute la mobilité que comporte une physionomie expressive.

Tous les muscles se contractent, y compris le peaucier du cou.

Quand on examine la malade de face, au repos, il n'y a aucune différence. Mais si on lui commande de porter en arrière simultanément les deux commissures, la gauche quoique se déplaçant dans le sens voulu reste sur un plan un peu plus antérieur que l'autre. De même l'occlusion des paupières se fait simultanément des deux côtés. Toutefois à gauche elles ne sont pas exactement en contact ; il s'en faut d'un demi-millimètre. En dehors d'un examen voulu ces différences ne sont pas saisissables, et pour ceux qui l'entourent elle est *comme avant*. Quand elle fronce les sourcils, les plis offrent la même apparence et la même profondeur sur les deux moitiés du front.

L'innervation n'a pu être rétablie que par la restauration du facial, ou plutôt par la *création d'un nouveau facial*. Cette observation prouve en effet d'une façon péremptoire que la fonction dévolue à ce nerf peut être acceptée par une autre branche nerveuse.

Cette intéressante expérience de physiologie, transportée dans la médecine opératoire, fournit donc une solution très élégante à une difficulté récemment encore insurmontable.

16. **Tic douloureux de la face. Névralgie du nerf dentaire inférieur. Section de ce nerf à son entrée dans le canal dentaire par la voie sous-angulo-maxillaire.** — *Gazette des hôpitaux*, 6 novembre 1900.

17. **De la résection du nerf dentaire inférieur par la voie sous-angulo-maxillaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 février 1902.

Dans les formes graves de névralgie faciale, la névrotomie est une ressource, souvent très souvent infidèle, mais bien précieuse encore.

Parmi les malades atteints de névralgie faciale que j'ai eu à traiter, deux avaient leurs douleurs localisées au territoire du dentaire inférieur.

Il y a beaucoup de procédés pour atteindre le dentaire inférieur à la hauteur de l'épine de Spix.

Voici comment j'ai procédé dans les deux cas :

Une incision curviligne, large de 5 à 6 centimètres, fut tracée, contournant l'angle de la mâchoire, saillie qui doit servir de repère

et de guide pendant les premiers temps de l'intervention. Les figures ci-jointes en donnent une idée exacte.

La tête étant légèrement défléchie et en rotation du côté opposé, le menton bien relevé, je mis à nu l'angle du maxillaire, après avoir reconnu, disséqué et récliné quelques filets du facial, sectionné l'aponévrose d'insertion faciale, décollé et écarté la parotide en arrière, la sous-maxillaire en dedans et en bas. La face interne de la branche montante devenait alors accessible, masquée encore par le ptérigoïdien interne. Ce muscle et le masséter furent détachés de leur



FIG. 1.

insertions à l'angle du maxillaire, puis cet angle réséqué à l'aide de quelques coups de pince-gouge (fig. 3). Je repris la rugine et achevai de séparer le ptérygoïdien interne et de le rejeter en dedans, jusqu'à ce que l'épine de Spix pût être reconnue du bout de l'index.

Celle-ci mise à nu, à l'aide d'un petit crochet, je pus sans trop de peine charger en arrière d'elle le nerf dentaire.

Dans les deux cas il m'arriva de saisir en même temps l'artère dentaire, mais il me fut facile de reconnaître le vaisseau à côté du nerf de l'en séparer et enfin de reprendre le nerf seul avec un autre cro-

chet. Chez l'un et l'autre sujets on voyait même le rameau mylo-hyoïdien se détachant du dentaire pour se porter en avant et en bas, et la section fut faite immédiatement au-dessous de son émergence.

Il y a d'assez grandes variations d'un homme à l'autre en ce qui



Fig. 2.

concerne la hauteur du maxillaire, la direction de la branche montante, la distance de l'angle à l'épine de Spix, et aussi l'épaisseur des parties molles, superficielles, le volume des glandes salivaires,



Fig. 3.

l'épaisseur du ptérygoïdien interne, et l'on conçoit que l'opération offre plus ou moins de difficulté selon les sujets, que l'étendue du

coin d'os à enlever ne puisse être déterminée à l'avance et soit proportionnée au maxillaire de chaque patient en particulier. Chez certains individus maigres et édentés, il est même possible de mener à bien l'opération sans aucun sacrifice osseux.

On peut sans regret aucun détruire l'angle du maxillaire, sans compromettre en rien l'esthétique, ni le jeu de la mâchoire.

La désinsertion des muscles masséter et ptérygoïdien est également sans conséquence fâcheuse. Chez mes malades il y a eu un certain degré de constriction des mâchoires, constriction fort légère, de courte durée, qui a rétrocédé spontanément et guéri sans traitement.

Les craintes formulées autrefois à propos de la dentaire voisine du nerf, et de sa blessure possible, sont sans fondement. Nos observations prouvent que l'artère peut être évitée. Fût-elle déchirée ou coupée, il serait facile de la saisir.

Le ligament sphéno-maxillaire a été soupçonné d'être un obstacle à la découverte du nerf. Il n'en est rien.

Ce procédé donne la cicatrice minima, la moins étendue, et la moins visible.

En somme, ce procédé prend pour guide l'angle de la mâchoire; l'opération est conduite par la voie sous-angulo-maxillaire.

En gagnant cet angle par le plus court chemin, en se serrant à l'os, en suivant sa face interne jusqu'à l'épine de Spix, autre repère infaillible, on ne peut jamais s'égarer, manquer son nerf.

3° Nez. — **Fosses nasales.**

1. Traitement de l'acné hypertrophique du nez (Conférence faite à l'Hôpital Saint-Louis — **juillet 1903**) (*avec 4 figures*).

Parmi les affections justiciables de la chirurgie cosmétique, il n'en est guère qui fournissent des succès plus constants, plus facilement obtenus que l'acné hypertrophique.

En dépit de la complexité apparente de la masse, qui englobe la presque totalité du nez, la lésion reste toujours superficielle. Elle s'arrête même d'une façon constante à l'orifice des narines, dont elle respecte le contour. Quels que soient l'épaisseur, le volume, l'aspect de la tumeur, ce n'est jamais qu'une formation localisée dans le domaine de la peau et de ses annexes. C'est là un fait de la plus haute importance, impliquant pour l'opérateur la certitude de pouvoir mener à bien la cure, si volumineuse que soit la tumeur,

car la question *d'orifices* étant écartée, et la *charpente ostéo-fibro-cartilagineuse* du nez *n'étant pas en cause,* tout se réduit à la *suppression du revêtement cutané.*

Enlever les parties molles modifiées en respectant la charpente du nez, c'est ce qui constitue la décortication.

Il s'agit d'une pratique ancienne, puisque l'on connaît des opérations de ce genre pratiquées par Theulot, Civadier, Imbert-Delonne, qui vivaient au XVIIIe siècle. Mais c'étaient là des opérations conduites sans grande méthode.

Ollier (*Acad. de méd.*, 1876) a étudié et réglé avec soin l'intervention. Il a montré surtout, qu'après l'exérèse, la plaie se réparait spontanément, dans des conditions très acceptables.

Depuis cette époque, la décortication a été pratiquée et vantée par MM. Hébra, Le Dentu, Kirmisson (*Soc. de chir.*, 1888), Doubre, Lucas-Championnière (*Acad. de méd.*, 1895), Berger, Routier et une foule de chirurgiens. Deux thèses récentes (Sigallas, Paris 1900 ; Le Goaon, Bordeaux 1903) en relatent encore de nouvelles et superbes observations.

Le mot de décortication fait image, et donne une idée de ce que doit être *grosso modo* l'opération.

On laisse, on doit même laisser toujours au contact des os et des cartilages quelque épaisseur de parties molles, du tissu cellulaire, et même les couches profondes de la peau, qu'il est presque impossible d'ailleurs d'extirper exactement sur le vivant au niveau des ailes du nez. En réalité on *pèle* le nez, en laissant sur le squelette un voile conjonctif plus ou moins épais.

L'acné hypertrophique ne comporte pas d'autre traitement que l'abrasion au bistouri ou aux ciseaux de tous les tissue modifiés, cette extirpation ne doit entraîner généralement aucune opération autoplastique consécutive, sauf peut-être l'application de greffes dermo-épidermiques ; enfin l'anesthésie cocaïnique est amplement suffisante pour mener à bien l'intervention.

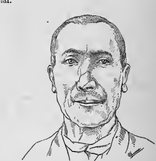
2. **Epithélioma du nez. Extirpation. Rhinoplastie à l'aide de lambeaux génien et frontal.** — *Bulletins de la Société anatomique,* 6 novembre 1903.

La combinaison de lambeaux pris sur des régions différentes est une ressource très précieuse ; en prenant la peau nécessaire d'une part sur le front, d'autre part sur la joue, on se place dans des con-

ditions bien meilleures qu'avec un lambeau unique. les lambeaux plus courts sont plus nourris. En outre, ils s'adaptent mieux qu'un lambeau unique.

Le lambeau destiné à refaire l'aile du nez sera prélevé avantageusement sur la partie de la joue immédiatement voisine du sillon géno-labial.





3. **Enchondrome des fosses nasales.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1888.

4. **Fibrome naso-pharyngien.** — *Société de Chirurgie*, 25 mars 1903.

5. **Volumineux fibrome ethmoïdo-fronto-orbito-nasal.**
Congrès de Chirurgie, 1902.

Il s'agit d'une tumeur qui dans son développement a bouleversé plusieurs régions et dont le point de départ n'a pu être établi exactement.

Le traitement a été des plus difficiles ; plusieurs opérations ont été nécessaires pour réparer l'énorme brèche laissée par l'extirpation laborieuse de la tumeur.

Comme on en peut juger d'après ces figures, la tumeur, large-



Fig. 1.

ment ulcérée et d'un volume énorme, donnait au visage un aspect étrange, hideux et répugnant.

Elle remplissait l'orbite droite et les fosses nasales, celle du côté gauche étant devenue virtuelle par déplacement de la paroi. Elle a procédé manifestement de haut en bas, son siège primitif devait être certainement à droite de la ligne médiane, sur les limites de la fosse nasale, de l'orbite et du frontal. Il est vraisemblable qu'elle a dû se développer dans l'épaisseur de l'ethmoïde, ou des cellules ethmoïdales,ou du côté du sinus frontal.Quant à la nature de cette tumeur,



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

au premier abord il semblait qu'elle fût franchement maligne. Cependant la longue durée de l'affection — quatorze ans — ne permettait pas d'admettre que le néoplasme ait eu d'emblée ce caractère malin.

Dans ces conditions on devait penser à une transformation d'un néoplasme primitivement bénin.

L'événement montra qu'en dépit de son apparence effrayante, cette tumeur était d'assez bonne composition. Elle se laissa extraire presque avec facilité, sa loge ouverte du côté superficiel, étant encore intacte partout ailleurs, même en haut en arrière.

Plusieurs opérations furent pratiquées consécutivement pour diminuer et cacher cette excavation. Un important lambeau, prélevé sur la lèvre supérieure nous y aida beaucoup. La figure 5 montre le résultat brut, six jours après la dernière intervention.

M. Cornil, qui a examiné les morceaux de la tumeur, pense qu'il s'agit d'un *fibrome*, fibrome qui a subi une calcification partielle, et s'est en d'autres points infectée et ramollie.

4° Mâchoires.

1. Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1901.

Dans la plupart de nos livres, la description de l'ostéomyélite des maxillaires est fractionnée, et l'on étudie dans des chapitres distincts l'ostéite, l'ostéo-périostite et les diverses nécroses. Or l'ostéite suppurée, l'ostéo-périostite, la nécrose aiguë, tout cela c'est de l'ostéomyélite.

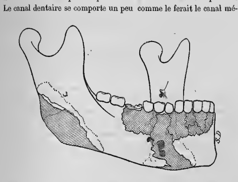
Deux de mes observations se rapportent à l'ostéomyélite aiguë ; une autre montre la maladie arrivée à une phase lointaine. Là comme ailleurs, la guérison de la crise première n'est souvent qu'apparente, et l'affection comporte des suites tardives qui en assombrissent le pronostic.

Dans le premier cas, après avoir mis, pendant quatre semaines, la malade dans un état grave, l'affection a déterminé la perte de près d'une moitié de la mâchoire.

Dans le deuxième, la situation n'a pas été moins inquiétante. Je dus enlever un gros séquestre comprenant toute la hauteur du maxillaire et toute son épaisseur sur une étendue de 2 centimè-

tres, et une grande quantité d'autres plus petits (fig.). La canine, les deux prémolaires et la première grosse molaire furent enlevées. Elles étaient toutes saines et pourvues de racines d'une solidité extrême, sauf la dernière qui était cariée.

Le rôle du canal dentaire dans la marche de l'ostéomyélite a été bien mis en évidence par Moty (*Soc. Chir.*, 1891) et il est probable que c'est à l'infection portée au centre même de l'os qu'est dû le véritable éclatement présenté par le maxillaire chez notre première malade. Cependant le décollement du périoste et la formation rapide de collections sous-périostiques ont un rôle non moins important. Le canal dentaire se comporte un peu comme le ferait le canal mé-



dullaire d'un os long, mais d'autre part le périoste du maxillaire est facilement décollable et ses lésions ont un retentissement fatal sur l'os sous-jacent.

Une intervention précoce, comparable à la trépanation hâtive que l'on pratique sur les os longs, ne pourrait-elle ici limiter le processus destructeur, en jugulant l'inflammation osseuse, en l'arrêtant dans son extension ?

Chez ces deux malades j'ai suivi la conduite tracée par nos classiques, attendre autant que possible la séquestration, évacuer les collections, drainer, extraire les séquestres et se garder des résections précoces et typiques.

On peut cependant prévoir tel cas où il serait indiqué de faire sans délai le sacrifice de l'os.

La prothèse précoce pourrait trouver son indication, mais rare

ment. On agit dans un clapier infect, dont le libre drainage s'impose.

La difformité n'est pas rigoureusement proportionnelle à la perte de substance subie par la mâchoire. Elle dépend en outre du point où siège la solution de continuité, de l'âge du sujet, et, toutes choses égales d'ailleurs, de la durée de la suppuration, du processus de cicatrisation et de la rétraction cicatricielle.

La crise terminée, le malade n'est pas pour cela délivré de la maladie, et il reste exposé à diverses manifestations tardives. Mon troisième cas en est un exemple, et rentre dans le cadre des ostéomyélites prolongées.

Au voisinage de l'ancien foyer se développe sourdement une hyperostose, traduisant une inflammation chronique et lente. Par là encore l'ostéomyélite des mâchoires se rapproche de celle des autres pièces du squelette.

Le nerf dentaire est régulièrement atteint dans les ostéomyélites graves du maxillaire et sa destruction est souvent complète. Dans le cas particulier, l'altération de ce nerf a joué un rôle important dans la symptomatologie. Tout au début ce sont des douleurs occupant son territoire, et irradiées à ses extrémités, qui annoncent la maladie, au point que cette femme souffrait dans la région du menton et de la lèvre, alors que le foyer, le siège réel du mal, était au niveau de la deuxième molaire. Puis le dentaire se paralyse, le territoire qu'il innerve reste insensible. Enfin tardivement de violentes crises névralgiques ont pour substratum les altérations du nerf, gêné par le développement d'une masse osseuse de nouvelle formation. Ces douleurs sont assez pénibles pour forcer l'attention et fournir à elles seules, une indication opératoire. La présence de ce tronc nerveux dans l'épaisseur du maxillaire inférieur contribue donc à donner une physionomie spéciale aux ostéomyélites de cet os.

2. Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — *Bulletins de la Société anatomique*, 12 février 1904.

3. Traitement des pertes de substance du maxillaire inférieur par la mobilisation d'un pont osseux. — *Bulletins de la Société anatomique*, 14 février 1902.

Certaines pertes de substance du maxillaire inférieur sont susceptibles d'être réparées par le déplacement d'un pont osseux prélevé sur l'un ou l'autre fragment. Il faut pour que cette idée trouve son application des conditions un peu spéciales. Et tout d'abord une telle

méthode ne convient ni aux solutions de continuité récentes créées par le chirurgien ou causées par un traumatisme, et en communication avec la cavité buccale ni aux lésions infectées en voie d'évolution. De plus elle n'est pas utilisable pour toutes les parties du maxillaire. Il faut encore que la brèche ne soit pas trop large, les indications en sont donc restreintes aux pseudarthroses occupant l'arc horizontal, et particulièrement ses portions latérales, résultant soit d'une résection opératoire, soit de l'élimination de séquestres volu-



mineux, le foyer étant éteint et pouvant être considéré comme aseptique. De tels cas se rencontrent assez rarement, à vrai dire, et encore faudrait-il pour se décider à une intervention que le malade fût incommodé par la mobilité anormale de sa mâchoire, ou enlaidi par la déviation consécutive. Si ces faits ne sont pas communs, on a pourtant l'occasion de les observer de temps à autre. C'est alors que l'on peut tenter l'opération réparatrice, dont le schéma ci-dessus rendra la description inutile.

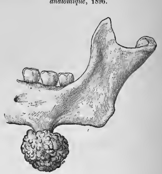
C'est l'adaptation au maxillaire inférieur d'un procédé qui a été conseillé par Nusbaum pour la cure des pseudarthroses des os longs, du tibia en particulier.

4. Traitement des fractures du maxillaire inférieur. Th. Ponroy, 1903.

L'emploi de la bande élastique dans les fractures simples de la mâchoire offre de grands avantages. Je l'ai adoptée et M. Ponroy, sur mon conseil, a étudié ce sujet dans sa thèse d'après mes observations (Paris, 1901-1902).

5. Fracture de la mâchoire par coup de feu. Corps étranger de la langue. — *Bulletins de la Société anatomique*, 6 novembre 1903.

6. **Exostose du maxillaire inférieur.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.



7. **Pseudo-tumeur inflammatoire para-maxillaire, développée lentement autour d'un corps étranger et prise pour un sarcome du maxillaire supérieur.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 24 avril 1903.

5° Bouche.

1. Article « **Bouche (lèvres, joue, langue, plancher de la bouche)** » ; dans *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Pierre Delbet, t. VI.

2. **Cancers simultanés et indépendants de la lèvre et de la joue.** *Bulletins de la Société anatomique*, 26 octobre 1900.

3. **Cancers simultanés et indépendants des deux lèvres.** *Presse médicale*, 29 mars 1902.

On rencontre par exception des cas où deux tumeurs malignes distinctes, sans aucun lien évident, évoluent simultanément sur le même organisme. Les deux tumeurs s'ignorent et vivent parallèlement.

Sans vouloir exagérer l'intérêt qui s'attache à cette dualité néoplasique, il est certain qu'à côté d'une importante question de pa-

thologie générale il y a là un enseignement pour la pratique du chirurgien.

La coïncidence de deux cancers primitifs a été établie d'une façon absolument indiscutable dans quelques cas peu nombreux, les tumeurs observées étant composées de tissus originellement distincts, sans rapport histogénique, et ne pouvant, selon les idées universellement admises à l'heure actuelle, se transformer l'un en l'autre.

Mais d'autre part, en étudiant les cas avec prudence, en tenant compte de tout ce que nous savons de la marche habituelle de certains néoplasmes déterminés, il n'est pas déraisonnable actuellement d'admettre que deux cancers primitifs de même nature histologique peuvent parfois évoluer en même temps sur le même sujet.

4. **Technique de l'ablation des cancers de la lèvre inférieure.** *Bulletins de la Société anatomique*, 18 juillet 1902.

5. **De la réfection de la commissure dans la cheiloplastie aux dépens de la lèvre opposée.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 6 novembre 1903.



J'insiste tout d'abord sur la nécessité d'extirper les ganglions sus-hyoïdiens médians et latéraux, y compris le paramaxillaire.

L'ablation même du néoplasme doit être comprise d'une façon très

large. A la section en V classique il est préférable de substituer une excision en trapèze à large base comprenant selon les cas une moitié ou la totalité de la lèvre. Ce segment est par exemple pour le cas d'une ablation unilatérale délimité par trois incisions l'une verticale, l'autre curviligne contournant l'éminence du menton, et venant rejoindre sur le bord inférieur de la mâchoire, en arrière de la commissure, la troisième incision menée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière à partir de la commissure.

La cheiloplastie en pareil cas est commodément pratiquée à l'aide de lambeaux formés aux dépens de la joue et de la lèvre supérieure.

Un artifice permet d'obtenir un bonne commissure bien doublée de muqueuse. Il suffit de détacher du lambeau géno-labial la bordure rouge en la laissant appendue à la partie demeurante de la lèvre supérieure.

Cette languette s'applique d'elle-même plus tard à la commissure nouvelle, et il suffira de la fixer par quelques fils de soie.

La figure ci-jointe aidera à comprendre cet artifice qui assure la cantho-cheiloplastie.

6. **Technique de l'ablation des cancers des lèvres et des opérations réparatrices consécutives.** — *Congrès de Chirurgie*, 20 octobre 1903.

7. **Epithélioma de la face interne de la joue propagé au maxillaire. Abcès sous-périostique au voisinage du cancer. Résection de la mâchoire inférieure. Opération autoplastique secondaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.

8. **Cancer de la commissure labiale et de la joue.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juillet 1900.

9. **Cancer de la joue.** — *Journal des Praticiens*, 1er septembre 1900.

10. **Le cancer de la joue.** — *Congrès de 1900.*

La partie déclive du vestibule buccal, le cul-de-sac gingivogénien, est le point de départ habituel de la lésion. Même quand celle-ci est très étendue, on arrive à établir que la maladie a commencé en ce point.

Partie de là, la lésion épithéliale remonte d'une part à la face interne de la joue, de l'autre envahit la muqueuse qui recouvre la portion alvéolaire du maxillaire. De très bonne heure, dès le prin-

cipe pour ainsi dire, la tumeur adhère à cet os, se propage à la gencive et au périoste.

Le cancer gagne rapidement les voies lymphatiques, et les ganglions sous-maxillaires sont engorgés d'une façon précoce. Ils se fusionnent entre eux et avec la glande sous-maxillaire et adhèrent aussi de bonne heure à la mâchoire, dans la partie qui répond à la loge sous-maxillaire. Quand la maladie évolue depuis quelques mois, il se forme ainsi un bloc cancéreux périmaxillaire, enveloppant la face externe, le bord inférieur et une partie de la face interne de cet os.

L'anatomie pathologique explique la plupart des particularités cliniques.

Si la plupart des néoplasmes présentent à leur début une indolence presque funeste, le cancer de la joue présente ce caractère pendant fort longtemps, parfois même pendant toute la durée de son évolution, en raison de l'absence de nerf sensitif important dans la région occupée par le néoplasme.

Les signes fonctionnels sont aussi bien moins accusés que dans les autres cancers de la bouche.

Ainsi l'élocution, sans être facile, est possible ; de même la déglutition, le plancher buccal ayant gardé sa souplesse. Un autre point remarquable est la possibilité pour le malade de conserver le jeu des mâchoires, ce qui tient d'une part à ce que la partie postérieure de la joue n'est pas envahie, en second lieu à ce que le masséter est généralement respecté, et enfin à l'indolence.

Le mécanisme de la perforation génienne est en général complexe, et les infections secondaires entrent pour une bonne part dans cette complication.

Les phénomènes inflammatoires sont, en effet, communs au cours du cancer de la joue. Ce sont eux parfois qui attirent l'attention de ce côté et révèlent sa présence. Il arrive aussi qu'ils la détournent, et que l'on traite l'affection aiguë secondaire, sans en avoir soupçonné le point de départ.

Le canal de Sténon vient s'ouvrir au milieu des végétations cancéreuses, ou tout à côté de l'ulcération. C'est un fait remarquable qu'il ne se produise point, dans de telles conditions, des infections ascendantes du conduit excréteur et de la parotide.

De bonne heure le cancer de la joue échappe à la médecine opératoire utile.

En général, on sera conduit à enlever en bloc : maxillaire, tu-

meur génienne et masse ganglionnaire sous-maxillaire. La technique que j'ai adoptée dans les cas de ce genre est la suivante :

1° Tracer deux longues incisions cutanées partant soit de la commissure labiale, soit l'une de la lèvre supérieure, l'autre de l'inférieure, suivant que leur angle de réunion est ou non respecté, et allant se terminer au devant du sterno-mastoïdien à la hauteur de la grande corne de l'hyoïde. Leur trajet est variable ; elles sont plus ou moins distantes l'une de l'autre selon l'étendue des téguments qu'il faudra sacrifier ;

2° Attaquer la tumeur cancéreuse par la région sous-maxillaire. La masse formée par les ganglions et la glande est libérée par dissection, en arrière, en bas et en dedans. L'artère faciale est sectionnée après avoir été vue et pincée préventivement, ainsi que la veine faciale. La masse est laissée appendue au maxillaire, mais séparée soigneusement du plan profond, hyo-glosse, grand hypoglosse et veines. Le digastrique, le mylo-hyoïdien sont à nu dans la plaie ; l'artère sous-mentale a été vue, pincée et sectionnée ;

3° Dissection de la peau sur la lèvre supérieure de la plaie d'en haut. Section antéro-postérieure des plans profonds de la joue au-dessus de la tumeur, libération de l'attache inférieure du masséter ;

4° Le maxillaire est scié en avant, plus ou moins près de la ligne médiane ;

5° Le maxillaire est alors porté en dehors, et le plancher buccal sectionné d'avant en arrière ;

6° Section à la scie de la branche montante dans le sens antéro-postérieur, au-dessus du plan formé par la surface libre des couronnes dentaires ;

7° Pincement de la dentaire inférieure à son entrée dans le canal osseux. Il faut la saisir avant de détacher le maxillaire ;

8° Les insertions du ptérygoïdien interne sont alors coupées, et le bloc cancéreux est extirpé d'une seule pièce ;

9° La muqueuse conservée du plancher buccal est décollée, libérée jusque sur la langue, et relevée en haut, fixée par des sutures à la tranche de section de la bande restante de muqueuse génienne. On arrive ainsi habituellement à faire une paroi muqueuse presque complète ;

10° Il faut sur ce plan muqueux mettre un plan cutané. Le rapprochement des lèvres de la plaie peut suffire en raison du vide créé par la perte de substance de la mâchoire, si l'on n'a pas trop sacrifié de peau. Dans le cas contraire, il suffit parfois de décoller la peau

sur la joue et vers le cou pour qu'elle prête et se laisse suturer. Au besoin, des incisions libératrices facilitent grandement ces déplacements. Autrement il faut recourir aux lambeaux proprement dits.

11. **Cancer de la commissure buccale et de la joue. Autoplastie aux dépens de la joue opposée.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 31 mai 1901.

12. **Cancer des deux lèvres propagé à la joue et au maxillaire. Ablation. Autoplastie aux dépens de la joue opposée.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 14 février 1902.

13. **Cancer de la commissure et de la joue. Ablation avec résection de la moitié du maxillaire inférieur. Autoplastie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 2 juin 1903.



14. **Fibrome de la joue.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 janvier 1903.

15. **Deux cas de tuberculose des lèvres.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1904.

16. **La tuberculose de la langue.** — *Journal des Praticiens*, 1900.

17. **Traitement du cancer de la langue.** — *Congrès français de Chirurgie*, 1901.

Le procédé que j'utilise pourrait être appelé procédé anatomique ;

un peu compliqué en apparence, il n'offre aucune difficulté réelle.

Ce n'est rien qu'une dissection, aussi aisée sur le vivant que sur le sujet mort.

Dans l'immense majorité des cas, neuf fois sur dix, le cancer de la langue occupe une des moitiés de l'organe, il est unilatéral et se développe le plus souvent au niveau du bord et à la partie moyenne. C'est à ces cas de lésion unilatérale que s'adressent surtout les considérations qui vont suivre.

La pierre d'achoppement c'est ici, plus encore que pour les tumeurs malignes des autres régions, l'envahissement du système lymphatique ; il est extrêmement précoce.

Une intervention susceptible d'être radicale doit comporter l'extirpation de tout ce territoire lymphatique. Il faut admettre aussi que toute la moitié de la langue correspondant à la tumeur doit être sacrifiée, en raison de la dissémination des éléments néoplasiques bien au delà des limites apparentes du néoplasme.

Je trace deux incisions : l'une longe le bord antérieur du sterno-mastoïdien sur une étendue de 8 centimètres, en partant de l'angle de la mâchoire ; l'autre coupe transversalement la région sus-hyoïdienne à égale distance du bord inférieur de la mâchoire et de l'os hyoïde, parallèlement à leur direction, perpendiculairement à la première. Le ventre antérieur du digastrique, une fois reconnu, il est facile de s'orienter. Il sert de repère et de guide.

La glande sous-maxillaire est soulevée et décollée. La sous-mentale est saisie et coupée à la partie antérieure de la plaie ; la faciale en bas, à la face profonde de la glande ; puis en haut contre le bord inférieur du maxillaire.

Le paquet formé par la glande et ses ganglions est rejeté en arrière et en dehors.

Il faut ensuite extirper tout le tissu cellulaire qui entoure le tronc thyro-linguo-facial, cette veine elle-même, ou le groupe de veines qui le remplacent, jusqu'à la jugulaire. Celle-ci est mise à nu, et tous les ganglions situés entre elle et le sterno-mastoïdien, ou au devant d'elle au niveau de la bifurcation des carotides sont enlevés. Il fait suivre aussi le ventre postérieur du digastrique, au-dessous duquel on trouve fréquemment un ou deux ganglions. En somme, le curage doit s'étendre régulièrement, comme minimum du digastrique à l'omo-hyoïdien.

Au cours de cette dissection on met à nu la carotide externe, et la

linguale, sans être cherchée, peut être quelquefois liée à son origine même.

Quand on a terminé cette première partie de l'opération, qui est la partie *essentielle*, on a sous les yeux une véritable préparation des régions sus-hyoïdienne latérale et carotidienne.

Vient maintenant l'ablation de la moitié correspondante de la langue. Un coup de ciseaux débride en avant la sangle mylo-hyoïdienne, puis la muqueuse buccale est sectionnée le long de la mâchoire, et la langue saisie avec une pince est attirée à l'extérieur.

Avec des ciseaux on fend alors la langue en deux selon la longueur jusqu'à sa racine, section qui se fait à blanc, même quand on a omis de pincer la linguale.

Si on ne l'a encore fait, c'est le moment de la saisir : un coup de ciseaux tranche l'hyo-glosse, les fibres du muscle s'écartent et l'artère, mise à découvert, est pincée avant d'être coupée, comme tous les vaisseaux rencontrés au cours de l'opération. Puis l'on achève de séparer de ses attaches postérieures la moitié de la langue qui doit tomber.

Il reste maintenant à réparer, après avoir placé les ligatures.

Tout d'abord, il importe de protéger la région carotidienne de l'infection d'origine buccale, de l'isoler aussi complètement que possible. Pour cela, j'établis avec soin des sutures unissant le ventre postérieur du digastrique au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Un drain est laissé, au point le plus déclive de l'incision carotidienne. Il doit être enlevé au bout de vingt-quatre heures.

Pour la langue elle-même, la moitié qui en reste est traitée de la manière suivante. La partie libre est reconstituée par suture des deux bords de la tranche de section, avec des anses de soie fine. Cette partie de la langue prend alors un aspect cylindro-conique.

Du côté de la base, la largeur de la perte de substance est une grosse difficulté pour la réparation ultérieure. Pour abréger autant que possible cette période, j'ai soin de libérer la partie restante de cette base par une petite incision transversale, ce qui permet de l'attirer jusqu'au contact du maxillaire. Pour la maintenir dans cette situation, quelques points à la soie fine sont placés et, en outre, deux crins qui passent à travers les parties molles sous ou derrière la mâchoire, vont encore se nouer sur une lanière de gaze placée extérieurement.

Il ne reste plus qu'à réunir les incisions cutanées, réunion qu'il vaut mieux laisser incomplète.

Ces manœuvres paraissent sans doute un peu compliquées. En réalité elles s'enchaînent et se succèdent si régulièrement que l'opération est simple.

C'est surtout pour les cas observés par bonheur dans leur début, qu'il faut déployer une thérapeutique énergique : suppression de la moitié de la langue et de tous les ganglions lymphatiques correspondants.

Ma conclusion n'est point de prêcher l'extirpation à outrance des néoplasmes étendus. C'est au prix d'opérations énormes appliquées à de petits cas que l'on aura des résultats. Il n'est que trop vrai, les insuccès sont nombreux ; ils sont encore la règle. Mais l'espoir d'obtenir quelques résultats durables n'est nullement chimérique. C'est bien là ce qui autorise toute la chirurgie du cancer.

18. **Cancer du frein de la langue et du plancher de la bouche. Extirpation par la voie sous-maxillaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1899.

19. **Cancer du plancher de la bouche.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 26 octobre 1900.

20. **Cancer du plancher de la bouche.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 décembre 1900.

J'ai attiré l'attention : 1° sur les résultats de l'examen histologique ; 2° sur l'emploi de la voie sous-hyoïdienne pour extirper ces lésions.

1° Verneuil avait affirmé autrefois que le cancer du plancher de la bouche avait pour point de départ habituel la glande sublinguale. Cette opinion devint classique et se trouve exposée dans une série de thèses et même dans des traités récents.

Elle n'est cependant pas soutenable et l'on établit sans peine, par l'examen des pièces, que la lésion part des couches profondes du revêtement épithélial de la muqueuse du plancher, et que, si les glandes ont à souffrir de ce voisinage, elles n'y sont pour rien.

Ce fait est la règle générale pour les cancers de la bouche. La muqueuse buccale est richement pourvue de glandes salivaires, et pourtant les épithéliomas qui se développent aux dépens de ces glandules sont tout à fait exceptionnels, au lieu que ceux qui partent de la muqueuse elle-même sont extrêmement fréquents. Le plancher de la bouche est en cela comparable aux autres parois de

la cavité buccale, et ses glandes ne fournissent qu'une faible proportion des tumeurs malignes qu'on y observe.

2° La voie sus-hyoïdienne uni ou bilatérale, sans section du maxillaire, ni des attaches de la langue, est suffisante pour l'extirpation d'un grand nombre de cancers du plancher de la bouche.

L'intervention peut être menée avec méthode, sans que rien soit laissé à l'imprévu. On commence par enlever la glande sous-maxillaire et les ganglions correspondants ; puis, on ouvre la muqueuse après avoir sectionné le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien. La facilité plus ou moins grande avec laquelle la langue se laisse luxer au dehors est proportionnelle à l'étendue de la tumeur et au degré d'infiltration du plancher. Si la mobilité est conservée, on peut faire une très bonne opération.

Je joins maintenant le curage préventif de la région carotidienne à l'évidement du creux sous-maxillaire non de toute la région carotidienne, mais de sa partie moyenne. Là se trouve un confluent lymphatique qui est la pierre d'achoppement dans le traitement de presque tous les cancers buccaux ou bucco-pharyngés. C'est là qu'il faut agir pour assurer l'avenir des opérés.

Quand le cancer du plancher est assez étendu, ou médian, et que les deux côtés sont suspects, je pense qu'il faut faire à droite et à gauche l'évidement de la loge sous-maxillaire et commencer par là. D'un côté, ce sera tout ; par l'autre, on achèvera l'opération. Il est préférable de ne couper qu'un seul des digastriques et de n'inciser qu'une seule fois la sangle mylo-hyoïdienne.

Quand la tumeur envahit la gencive, il faut joindre à l'opération sus-hyoïdienne un temps buccal, consistant dans la suppression de toute la portion alvéolaire du maxillaire. On peut être relativement conservateur vis-à-vis de cet os, dont la résection proprement dite doit être, à notre avis, réservée aux tout à fait mauvais.

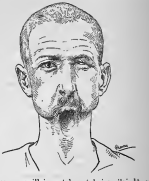
J'ai fait remarquer encore l'absence de toute infection du côté du canal de Wharton et l'intégrité des glandes sous-maxillaires, malgré toutes les causes qui sembleraient devoir rendre cette infection presque inéluctable.

J'insiste en outre sur le rôle de l'espace celluleux sublingual, sur la diffusion des lésions. L'envahissement de cet espace est accusé par deux signes, la douleur résultant de l'altération des filets du lingual et la rigidité du plancher entraînant la diminution ou la perte de la mobilité de la langue avec ses conséquences au point de vue de la phonation et de la déglutition.

21. **Cancer du plancher de la bouche d origine gingivale.** Th. Robillard, Paris 1902.

22. **Cancer du plancher de la bouche.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 juin 1903.

Les lésions occupant tout le plancher de la bouche, ayant envahi



les ganglions sous-maxillaires et la mâchoire, j'ai dû enlever tout



l'arc horizontal et une partie des branches montantes, les glandes sous-maxillaires et les ganglions, tout le plancher, les téguments sus-

hyoïdiens, ceux du menton, une partie de la lèvre inférieure et presque toute la langue. Le point intéressant est la réfection d'une cavité orale aux dépens des lèvres supérieures et des joues, sorte de conduit permettant au sujet de s'alimenter. La difformité est masquée par le port d'une fausse barbe.

23. **Cancers à point de départ gingival.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 26 octobre 1900.

24. **Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival.** *Bulletins de la Société anatomique*, 15 novembre 1901.

25. **Epithélioma de la gencive propagé au maxillaire inférieur.** *Bulletins de la Société anatomique*, 16 octobre 1903.



26. **Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival.** *Bulletins de la Société anatomique*, 14 février 1902.

6° Glandes salivaires.

1. Article **Glandes salivaires**. — *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet.

2. **Tumeur salivaire parotidienne**. — *XIIIe Congrès international de médecine*, Paris, 1900, *section de Chirurgie*.

Il y avait chez mon malade une ectasie localisée d'une portion des voies salivaires intra-parotidiennes. Ce n'était pas un kyste, car les kystes sont clos. Ici la poche était en libre communication avec le canal de Sténon. Son contenu refluait dans la bouche sous la pression la plus légère. Ce n'était pas non plus une de ces dilatations liées à l'inflammation chronique, ou entretenues par quelque obstacle, comme on en peut trouver sur tous les conduits excréteurs. Le canal excréteur était sain, ou peu s'en faut, complètement perméable et ne contenait aucun corps étranger. D'autre part, la poche pendant fort longtemps avait été remplie par un liquide purement salivaire. A la longue elle s'était infectée secondairement.

J'ai eu la bonne fortune d'obtenir la guérison complète de mon malade par d'énergiques cautérisations au chlorure de zinc, après avoir reconnu l'impossibilité d'extirper la poche et l'avoir drainée.

3. **Kyste hydatique de la parotide**. — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1899.

4. **Kyste parotidien**. — *Bulletins de la Société anatomique*, 25 juillet 1902.

Quelques-unes de ces grenouillettes parotidiennes ne sont-elles pas en réalité des kystes à part, prenant naissance par exemple aux dépens de débris branchiaux inclus dans l'épaisseur de la parotide depuis l'époque embryonnaire. On est conduit à se poser cette question en présence de cas comme celui-ci, la structure de la paroi ne permettant pas de rattacher sans discussion ce kyste à l'appareil salivaire. On croirait plus volontiers à une production d'origine ecto-dermique, résultant par exemple d'une inclusion datant de la période embryonnaire.

Toutefois nous connaissons beaucoup de cas de kystes ectodermiques et aucun n'est comparable à celui-ci, ni par l'aspect clinique, ni par les caractères du liquide contenu dans la poche. Faut-il accepter que l'épithélium glandulaire parotidien s'est à ce point modifié, qu'il ne présente plus aucun de ses anciens caractères. En dépit des circonstances spéciales de nature à amener les plus grandes perturbations dans un revêtement cellulaire, il est impossible d'admettre un changement aussi complet. Aussi l'opinion que je formulerai c'est que ce kyste a pu prendre naissance aux dépens de quelque bourgeon glandulaire inutilisé, datant de la période où les voies salivaires et la glande parotide prennent naissance par évagination de l'épithélium buccal embryonnaire. Il est possible qu'un certain



nombre de bourgeons avortent ou restent à l'état d'ébauche, et que plus tard ces débris se mettent à vivre d'une existence pathologique et aboutissent par exemple à des productions kystiques, dont la paroi rappelle plus l'épithélium buccal que celui de la glande salivaire. Il est encore possible qu'il s'agisse d'un kyste formé par inclusion de l'épithélium de la première fente branchiale.

5. **Kyste de la joue développé aux dépens de la parotide accessoire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 15 mai 1903.



6. **De l'incision rétro-auriculaire pour le traitement esthétique de quelques lésions cervicales ou parotidiennes.** — *Gazette des hôpitaux*, 9 septembre 1902.

7. **Grenouillette sublinguale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 25 juillet 1902.

8. **Pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.** — *Gazette des hôpitaux*, 8 mai 1897.

La doctrine, qui faisait naître la grenouillette sus-hyoïdienne aux dépens de la glande sous-maxillaire, était encore la plus répandue quand parut en 1879 le travail de Cadiot. Voici, pour Cadiot et son maître, Gosselin, comment se produit la grenouillette sus-hyoïdienne dans le cas le plus commun : le kyste primitif, sublingual, s'ouvre spontanément ou devient l'objet d'interventions diverses. Il se produit sous ces diverses influences un travail d'inflammation chronique qui augmente la résistance de la muqueuse du plancher buccal, l'épaissit et lui donne finalement une rigidité telle que cette membrane oppose un obstacle infranchissable au développement du kyste. Aussi ce dernier, ne pouvant lutter contre cette résistance, effondre le mylo-hyoïdien, en écarte les fibres, et, passant par un

interstice du muscle, vient se montrer à la région sus-hyoïdienne.

Cette théorie de la migration du kyste est en rapport avec ce fait, bien établi par la clinique, qu'une tumeur sublinguale a précédé la tumeur sus-hyoïdienne. Cependant aucune constatation anatomique ne pouvait encore donner une base sérieuse à cette interprétation. La remarquable observation de Dieu vint prouver qu'il s'agissait bien d'un kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne par une boutonnière musculaire.

Cependant la manière dont s'effectue ce passage à travers les fibres musculaires, et les conditions qui le favorisent, présentaient encore une certaine obscurité. Quelques recherches entreprises à ce sujet m'ont fait connaître un détail anatomique, généralement omis dans les traités classiques, qui m'a paru en fournir une explication assez satisfaisante (1). Chez un grand nombre de sujets, les glandes sublinguales envoient normalement à travers le muscle mylo-hyoïdien des prolongements, parfois volumineux, en continuité avec le reste de la glande. Chez ces sujets, les glandes sublinguales sont pour ainsi dire en sablier, une portion étant située au-dessus, une autre au-dessous du plan musculaire mylo-hyoïdien. Une grenouillette développée dans une de ces glandes évoluerait forcément dans les deux sens et serait d'emblée une grenouillette en bissac. La situation immédiatement sous-muqueuse de la partie supérieure fait qu'elle se développe plus librement, plus vite, et qu'elle est plus aisément reconnue que l'inférieure, moins volumineuse et voilée par des parties molles relativement épaisses.

Mais qu'un obstacle vienne contrarier le développement par en haut du kyste, et sa partie inférieure deviendra prédominante, s'étendant de plus en plus vers la région sus-hyoïdienne.

9. **Énorme enchondrome de la glande sous-maxillaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 9 octobre 1903 et *Presse médicale*, 1904.

La tumeur pesait 6 kilog. 772 gr. — Elle évoluait depuis vingt-cinq ans.

(1) Morestin, *Bulletins de la Société anatomique*, 1897.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

10. **Calcul salivaire du canal de Wharton.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 mars 1900.

11. **Calcul salivaire du canal de Wharton.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 2 octobre 1903.

12. **Calcul du canal de Sténon. Sténonite et parotidite. Débridement du canal de Sténon, et extraction du calcul par la bouche.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.

Les complications inflammatoires survenant brusquement peuvent induire en erreur, et faire négliger le calcul. Ces faits sont surtout classiques pour les sous-maxillites qui ont été à plusieurs reprises confondues avec des périostites de la mâchoire inférieure.

En pareil cas il se fait une infection ascendante, partie de la cavité buccale, pouvant se localiser au conduit excréteur ou s'étendre jusqu'aux dernières ramifications des voies salivaires. Le calcul a agi comme cause d'appel et favorisé l'infection.

Une parotidite survenant chez un individu sain doit faire songer à un calcul du conduit excréteur. Le cathétérisme du conduit de Sténon suffit à éclairer pleinement à cet égard, et cette manœuvre ne présente ni difficulté, ni danger.

13. **Tumeur maligne de la région parotidienne, tardivement consécutive à un cancroïde du front.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 15 mai 1903.



7° Pharynx.

1. Articles **Pharynx**, **Voile du palais**, **Amygdale**. — In *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet.

2. **Deux cas de rétrécissement du pharynx.** — Communication à la *Société de chirurgie*, 23 janvier 1901. — Rapport de Lejars, 13 novembre 1901.

L'un de ces deux malades était atteint d'un rétrécissement du type supérieur, dont la figure 1 donne une idée assez exacte. Les adhérences du voile à la paroi postérieure du pharynx étaient très étendues et très complexes. Cependant il persistait un orifice étroit mais suffisant pour la respiration. Seule la production polypiforme, débris de la luette, était gênante et dut être excisée.



Fig. 1.

Le 2e cas, comme le précédent,était imputable à la syphilis, mais d'un type beaucoup plus rare, car il intéressait l'isthme bucco-pharyngien. L'atrésie était considérable, et le bout du petit doigt franchissait à peine l'orifice. Les deux figures 2 et 3 montrent le gosier avant et après l'intervention. Celle-ci a consisté dans le débridement

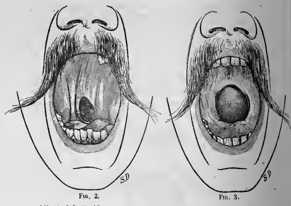


Fig. 2. Fig. 3.

bilatéral de l'orifice, suivi de la suture au fil d'argent des tranches de section. Le résultat est magnifique et se maintient, il a été obtenu par la seule opération, qui n'a été suivie d'aucune manœuvre de dilatation.

3. Os de lapin retiré de la partie inférieure du pharynx.
Bulletins de la Société anatomique, 5 octobre 1900.

4. Morceau de verre ayant traversé sans accident le tube digestif.
Bulletins de la Société anatomique, 1897.

5. Râtelier ayant traversé sans accident le tube digestif.
Bulletins de la Société anatomique, 1899.

Un très grand nombre de corps étrangers peuvent traverser sans inconvénients le tube digestif; deux faits cliniques et plusieurs expériences sur des chiens confirment à cet égard des notions acquises

depuis longtemps. Ces cas où la nature se charge d'exonérer les malades, sans dégâts et sans frais, ne doivent pas être perdus de vue quand il s'agit de poser les indications du traitement opératoire.

6. **Râtelier arrêté dans le pharynx inférieur ; abcès rétropharyngien et bronchopneumonie septique. Ouverture de l'abcès et extraction du corps étranger. Mort par accidents pulmonaires.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

7. **Phlegmon infectieux latéro-pharyngien.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 mars 1900.

Certaines infections à porte d'entrée pharyngienne et frappant le tissu cellulaire et les ganglions du cou au voisinage du pharynx présentent un caractère d'extrême gravité. Ces infections ne pardonnent guère. J'ai observé un de ces cas dont l'évolution a été très rapide et qui s'est terminé, comme il est pour ainsi dire de règle, par la mort de la malade.

8. **Cancer bucco-pharyngé adhérent au maxillaire inférieur et au ptérygoïdien interne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 avril 1902.

Le curage ganglionnaire sous-maxillaire et carotidien est une impérieuse nécessité dans tous les cas de cancers de la cavité bucco-pharyngienne, et sans cette précaution essentielle il n'est point d'opération valable.

Plus complète sera la réunion profonde, plus prompte et meilleure sera la guérison. Les difformités résultent du déplacement de la portion restante du maxillaire, et les modifications de l'isthme du gosier seront d'autant moins accusées, que la période de réparation aura été moins retardée par l'infection et la suppuration.

Le malade qui a fait l'objet de cette communication reste guéri depuis plus de deux ans.

8° Larynx. — Goitre. — Cou.

1. **Plaie transversale du larynx au niveau de l'espace thyrocricoïdien. Suture hermétique du plan musculo-aponévrotique et de la peau. Guérison en huit jours.** — *Gazette des hôpitaux*, 6 février 1900.

Un homme s'était fait d'un coup de rasoir une large plaie transversale intercrico-thyroïdienne. La suture hermétique du larynx, complétée par celle des plans superficiels sans trachéotomie, ni tubage, ni drainage, l'a guéri en huit jours.

Les blessures du larynx par instrument tranchant doivent être réparées comme toutes les plaies par dièrèse, non infectées, c'est-à-dire par un exact rapprochement des tranches de section. Si cette pratique trouve ici quelques difficultés en raison de la structure de l'organe et de sa fonction aérifère, ces difficultés ne sont point insurmontables, au moins dans un très grand nombre de cas. L'occlusion hermétique du conduit par des sutures méthodiquement appliquées rend vaines les craintes d'emphysème et défend la plaie contre l'infection septique. La restauration des parties molles assure le succès des sutures profondes ; et dans la reconstitution couche par couche de tous les plans de la région, se réalise au mieux le retour de la forme et de la fonction.

Les plaies qui siègent dans la région sous-glottique sont celles qui se prêtent mieux à un affrontement parfait, condition indispensable pour obtenir la réunion primitive. En outre, elles sont plus rarement compliquées d'ouverture du pharynx, ce qui simplifie grandement les conditions. Enfin n'intéressant point les cordes vocales, elles ont plus de chances de ne pas laisser de modification permanente de la voix ni d'obstacles définitif à la respiration, si toutefois elles sont promptement fermées. C'est donc surtout dans ces conditions que l'on peut attendre de la suture les résultats satisfaisants qu'elle doit donner.

2. **Rétrécissement du larynx consécutif à une plaie par coup de rasoir, traité par la thyrostrioturotomie.** — *Journal de laryngologie* de Castex, janvier 1899.

3. **Abcès prélaryngé d'origine ganglionnaire.** — *Gazette des hôpitaux*, 18 octobre 1900.

Partout où l'on rencontre des ganglions lymphatiques, on peut être assuré qu'ils jouent un rôle dans la pathologie de la région.



Fig. 1.

Il suffit que leur présence soit établie, pour que certaines lésions en soient par là même éclairées. Certains abcès prélaryngés sont d'une pathogénie très obscure, si l'on néglige l'organe lymphatique placé dans l'espace crico-thyroïdien. Au contraire, l'existence de ce ganglion en fournit une explication simple autant que vraisemblable.

Comme les autres adénites du cou, cette lésion est susceptible d'évoluer d'une manière bénigne. Sans doute, les conditions sont moins favorables, mais c'est déjà beaucoup de savoir que des collections situées au voisinage immédiat du larynx, et résultant d'une

infection endolaryngée, ne correspondent pas forcément à une lésion



Fig. 2.

sérieuse de cet organe. Il y a là quelque chose de rassurant qui permet d'entreprendre avec confiance le traitement de ces abcès.

4. **Goitre basedowifié.** — *Académie de médecine*, 19 juin 1899; *Gazette des hôpitaux*, 27 juin 1899.

5. **Goitre basedowifié.** — *Congrès français de chirurgie*, octobre 1899.

Il n'est pas de question où il soit plus difficile de ne pas se laisser égarer par les doctrines pathogéniques. Aussi est-il nécessaire de ne pas perdre ici de vue l'étiologie ni la clinique.

Les goitres qui, à un moment donné, se compliquent d'accidents basedowiens, ne peuvent être rattachés purement et simplement au goitre exophtalmique.

Les goitres basedowifiés s'offrent au chirurgien dans des conditions autrement satisfaisantes que la plupart des vrais goitres exophtalmiques. Il y a là une lésion locale et définie, point de départ ou prétexte du syndrome basedowien.

La fréquence relative, avec laquelle ce syndrome se montre chez des goitreux, indique qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. Une preuve meilleure en est tirée de la cessation des accidents par l'extirpation de la lésion causale.

Dans notre ignorance à peu près complète des liens mystérieux qui unissent le goitre et le basedowisme secondaire, ce que nous pouvons faire de mieux, c'est de nous attaquer d'abord au goitre.

6. **Corps thyroïde sur lequel a été pratiquée l'énucléation d'un goitre. Thyroïdes aberrantes.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juin 1902.

Le lobe droit avait contenu un très grand kyste, qui fut traité par l'énucléation. Un an après c'est à peine s'il reste quelque trace de l'opération pratiquée. Le lobe correspondant offre seulement une légère adhérence au plan musculaire, et dans son épaisseur une cicatrice fibreuse. Un chapelet de petites glandes thyroïdes va de la pointe du lobe gauche jusqu'à l'os hyoïde.

7. **Adénopathies tuberculeuses pseudo-lymphadéniques,** in Th. Bouvet. Paris, 1900.

8. **Adénopathie tuberculeuse récidivée et sarcome ganglionnaire,** in Th. Bouvet. Paris, 1900.

Dans ce cas très singulier, il semble que l'on se soit trouvé en présence d'un sarcome greffé sur une vieille adénopathie tuberculeuse. C'est ce qui paraît ressortir de l'examen clinique, de la marche de la maladie et de l'étude histologique faite par M. Letulle.

9. Sarcome du cou, à début amygdalien. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1893.

Ce cas est intéressant à cause de son début par l'amygdale ; de



sa structure nettement déterminée, qui permet de considérer la lésion comme un sarcome pur, au lieu que souvent on hésite à mettre une étiquette histologique sur la tumeur ; puis en raison de son extension énorme et, enfin, des constatations que nous avons pu faire sur les rapports de cette tumeur avec les organes du cou et, sur les modifications subies par ces organes.

Quand le malade est arrivé à l'hôpital, toute idée d'intervention devait être écartée d'emblée ; mais la dissection de la pièce est instructive au point de vue des difficultés et des dangers qu'aurait

comportés une opération, même pratiquée beaucoup plus tôt. Il est certain que depuis longtemps le paquet vasculo-nerveux était englobé dans la tumeur, dissocié et envahi.

10. **Fibrome de la nuque.** — *Bulletins de la Société anatomique.*

Les fibromes de la nuque abandonnés à leur évolution spontanée



sont susceptibles d'acquérir des proportions énormes, de déterminer mécaniquement des troubles extrêmement pénibles, et même d'amener la mort.

Le cas que je rapporte en est un monstrueux exemple, instructif tout au moins, puisqu'il montre comment finissent ces tumeurs bénignes à leur origine et d'un traitement si simple pendant une longue période.

Les figures ci-jointes donneront une idée, imparfaite encore, de la déformation extraordinaire du cou. La tête est dans une hyperflexion permanente. Le menton est collé contre le sternum, et son frottement exulcère les téguments présternaux. Le redressement de la tête, les mouvements d'inclinaison et de rotation sont complète-

ment abolis. L'attitude vicieuse est fixe. L'écartement des mâchoires n'est possible que dans une étendue des plus restreintes. L'alimentation est donc très difficile. Pour boire, le malheureux est obligé de se servir du biberon, ou de se coucher.

Le malade très affaibli ne se levait presque plus. Il était arrivé à la cachexie, et la pâleur jaunâtre du visage, l'émaciation du corps, une diarrhée incoercible annonçaient une fin prochaine. Le cas n'était déà plus jopérable quand le malade est entré dans nos salles.



Il semblait d'ailleurs que la tumeur primitivement fibreuse avait subi une transformation maligne et qu'il s'agissait là d'un fibro-sarcome.

Les préparations histologiques indiquent que la composition de la tumeur n'est pas uniforme. Celles qui ont porté sur la partie profonde montrent la structure du fibrome pur. D'autres, principalement celles qui ont été prélevées sur les couches superficielles offrent les caractères du myxome. Il s'agit donc d'une tumeur primitivement fibreuse ayant subi la transformation myxomateuse.

11. Epithélioma primitif du cou, d'origine probablement branchiale. — *Congrès de Chirurgie*, 1902.

Les cancers épithéliaux primitivement développés dans la région carotidienne trouvent dans l'évolution tardive de débris de l'appareil branchial une explication simple et plausible. Même pratiquée dans des conditions défavorables, l'ablation de ces carcinomes branchiogènes peut cependant fournir quelquefois des résultats satisfaisants.

Dans mon cas qui semblait détestable, l'intervention a été des plus laborieuses. Le sterno-mastoïdien fut extirpé dans toute son étendue, en respectant toutefois le spinal.

La veine jugulaire interne, englobée dans la masse, dut être liée au voisinage de la base du crâne et d'autre part au voisinage de sa terminaison. Elle était oblitérée dans son passage à travers le néoplasme, ce qui la rendait méconnaissable. La pointe du bistouri y pénétra et à sa suite un peu d'air dans la circulation veineuse, accident qui n'eut d'ailleurs pas de conséquence et n'apporta aucun trouble dans la suite de l'opération. Les carotides durent être complètement disséquées. Le pneumogastrique adhérent à la masse dut être sacrifié.

Indépendamment de la question de survie qui est primordiale (le malade a été suivi pendant plus de deux ans), il importe de signaler l'absence complète de troubles fonctionnels, malgré la suppression du sterno-mastoïdien et du pneumo-gastrique. Le malade exécute avec aisance tous les mouvements de la tête et du cou et n'offre aucune attitude vicieuse. D'autre part, après une courte période pendant laquelle la voix a été rauque et bitonale, une amélioration graduelle est survenue, la paralysie de la corde vocale droite étant compensée par le déplacement de la corde gauche, qui franchit la ligne médiane, pour venir vibrer au voisinage de l'autre.

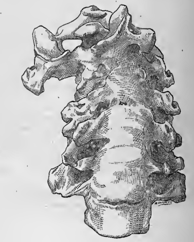
12. De la position du malade dans les opérations sur la tête et le cou. — *Gazette des hôpitaux*, 20 février 1902.

9° Rachis.

1. **Luxation ancienne de l'atlas sur l'axis.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.



Le déplacement est tel que la partie moyenne de l'arc antérieur



de l'atlas se trouve à droite de l'apophyse transverse de l'axis, et le

déplacement antérieur si considérable que l'arc postérieur de l'atlas vient appuyer contre la base de l'apophyse odontoïde.

Cette dernière, autrefois brisée, présente une direction oblique en avant et à droite. Il n'existe plus entre le corps de l'axis et l'arc postérieur de l'atlas qu'une fente allongée transversalement, où l'on peut à peine introduire le bout du petit doigt, et cet espace était encore rétréci par les méninges,

La moelle était obligée de suivre un trajet très oblique pour gagner le canal de la 2e vertèbre.

Il s'agit d'une luxation traumatique très ancienne.

2. **Diastasis des vertèbres cervicales.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1898.

Le blessé mourut en vingt-quatre heures, après avoir présenté une paralysie des quatre membres, de la vessie et du sphincter anal, et une élévation considérable de la température.

L'apophyse articulaire inférieure gauche de la 4e cervicale est brisée. Le disque qui sépare les corps des 4e et 5e vertèbres du cou est en partie désinséré de la 4e. Les autres ligaments sont aussi partiellement déchirés ; les ligaments jaunes sont les moins éprouvés, en raison de leur élasticité.

Le très léger déplacement des deux vertèbres au moment de l'accident a suffi pour contusionner la moelle et amener rapidement la mort.

Les mouvements de rotation du cou étaient conservés et même s'effectuaient spontanément avec une grande facilité.

3. **Arthrite sèche et ankylose de la colonne vertébrale chez un chat.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 novembre 1901.

4. **Traumstismes du rachis cervical.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1899.

Le segment supérieur du rachis diffère des portions sous-jacentes par la mobilité relative de ses pièces constituantes. De là une tendance au déplacement qu'on retrouve dans presque tous les traumatismes graves de cette région du rachis.

Un de mes malades a guéri d'une *fracture de l'axis*. L'intérêt de ce cas est très grand, bien qu'en l'absence du contrôle nécropsique on ne puisse être fixé d'une manière absolument rigoureuse sur le détail des lésions.

Chez un autre, j'ai pu réduire, au 35e jour, une luxation de l'atlas sur l'axis.

La mort sinon immédiate, du moins très rapide, est la conséquence ordinaire des luxations des vertèbres cervicales non réduites, du moins des bilatérales. Mon dernier malade, atteint d'une luxation de la 6e sur la 7e, a survécu longtemps à son accident. Mais il était demeuré presque complètement impotent, et dans l'espoir d'améliorer son état je lui ai fait une lamnectomie dont le résultat a été malheureux, bien que le traumatisme opératoire eût été réduit au minimum.

La gravité de telles interventions ne suffit point pour les repousser, car elles constituent la ressource suprême de ces pauvres infirmes. La seule espérance est de supprimer la compression de la moelle. Cette indication, logique et simple en théorie, n'est pas toujours d'une application facile. Que faire de mieux cependant que d'essayer de la réaliser ?

5. **Des abcès migrateurs devenus autonomes.** — *Gazette des hôpitaux*, 17 avril 1900.

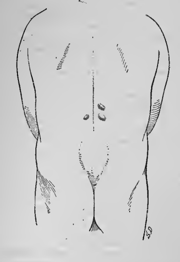
Chez certains sujets l'abcès migrateur du mal de Pott peut s'isoler de la lésion vertébrale plus ou moins guérie. La collection, devenue autonome, n'est plus qu'un abcès froid des parties molles, et ce détail, simple en apparence, est en réalité d'une importance considérable.

Il ne s'agit que des collections qui, séparées de leur point de départ, continuent à progresser : ils guérissent d'un côté et progressent de l'autre. J'étudie l'historique de cette question depuis Abernethy qui semble avoir décrit, le premier, cette disposition ; puis le diagnostic toujours délicat et, enfin, le traitement. Contrairement aux abcès pottiques vulgaires, ceux-ci peuvent être traités utilement par l'ouverture large et le curettage de leurs parois.

6. **Traumatisme du rachis chez un pottique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 13 juin 1902.

Chez un sujet dont le mal de Pott était encore ignoré, un traumatisme a déterminé l'accroissement rapide d'un abcès intrarachidien, et la mort est survenue par compression médullaire.

7. **Hernies graisseuses para-épineuses.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1901.



10° Thorax.

1. **Plaie de poitrine par coup de couteau. Hémothorax considérable. Intervention in extremis. Mort.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1897.

2. **Plaie du cœur.** — *Archives générales de médecine*, septembre 1903.

La difficulté d'un diagnostic *ferme* est souvent notée dans l'histoire des plaies du cœur. Dans le cas actuel, cette difficulté était insoluble par les moyens cliniques. Notre malade avait le cœur perforé, un projectile dans le ventricule droit, le péricarde plein de sang, et aucun signe positif ne nous renseignait.

Mais puisque des désordres aussi sérieux peuvent ne donner lieu

qu'à des symptômes obscurs, le doute en pareil cas ne devient-il pas lui-même une indication ? Ne verra-t-on pas là un argument en faveur de l'intervention, dût-elle demeurer exploratrice ?

Ici, le péricarde contenait en abondance du sang encore liquide. Une ponction-incision par exemple sur une partie déclive préalablement mise à nu, eût immédiatement éclairé la situation.

Il eût été indiqué alors de découvrir le péricarde sur une étendue suffisante, en pratiquant dans le squelette thoracique, la brèche nécessaire ; puis, alors seulement, de fendre l'enveloppe fibreuse, tout étant prêt pour traiter rapidement la blessure du cœur.

Il s'agissait d'un cas particulier : blessure transsternale sans symptômes nets ni pressants ; la bréche a été faite graduellement, au fur et à mesure des besoins sans se presser. Il eût été facile d'ailleurs de l'agrandir trés rapidement. Au sujet de ce premier temps de l'opération, de l'ouverture thoracique découvrant le péricarde, on remarquera : que la résection a été purement sternale ; qu'elle a été faite d'une façon définitive ; que le péricarde a été mis à nu sans que l'une ou l'autre plévre ait été intéressée.

L'intervention pratiquée montre les commodités d'une résection large du sternum et d'une opération extra-pleurale. Sous cette impression, si les circonstances m'obligeaient encore à intervenir pour une plaie du cœur, j'inclinerais donc volontiers à adopter un procédé établi d'après ces données.

Voici sommairement cette technique :

a) Taille d'un grand lambeau en U à base tournée vers la droite, l'incision curviligne commençant et finissant sur le bord droit du sternum, en haut, au niveau du troisiéme espace intercostal droit, en bas au niveau de l'insertion du 3e cartilage costal, et s'arrondissant à gauche du sternum, de manière à passer à deux travers de doigt de ce bord.

b) Isolement et section des cartilages costaux : 4e, 5e, 6e, 7e.

c) Section sous-périostée du sternum, en haut au niveau du 3e espace intercostal, inférieurement juste au-dessus de l'appendice xyphoïde.

d) Libération de la plévre gauche, relèvement du volet, section de la mammaire interne gauche qui ne sera pas toujours nécessaire.

e) Brisure des cartilages costaux droits.

f) Ouverture verticale du péricarde sur la *ligne médiane*.

g) Traitement de la plaie ou des plaies du cœur.

h) Suture du péricarde, drainage et remise en place du lambeau.

Si la présence du fragment sternal apportait quelque gêne aux mouvements de l'opérateur, le supprimer purement et simplement.

Ce travail peut se condenser dans les propositions suivantes :

1° Une plaie du cœur étant soupçonnée, on est parfois autorisé à mettre un terme aux incertitudes cliniques par une exploration directe du péricarde ;

2° Quel que soit le siège de la plaie, on peut commencer par mettre à nu un point du péricarde, par exemple par une courte incision transversale, séparant et abaissant l'appendice xyphoïde, et permettant une ponction péricardique ;

3° En cas d'hémo-péricarde, cette minuscule ouverture immédiatement fermée par une pince, il serait indiqué de tailler un grand lambeau cutanéo-musculo-osseux, ouvrant une large brèche au centre du plastron sterno-costal ;

4° L'opération doit rester extra-pleurale ;

5° La péricardotomie verticale et médiane permet l'exploration facile et le traitement régulier d'une blessure quelconque du cœur ;

6° Malgré l'énorme danger que crée leur présence, il faut se résigner à abandonner les corps étrangers *libres* dans une cavité du cœur.

3. **Hernie diaphragmatique**. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

La perforation s'est faite dans un diaphragme déjà complètement développé, dont tous les éléments se retrouvent : les insertions sont conservées, les faisceaux ont leur direction, leur épaisseur, leur aspect habituels, aucune partie ne fait défaut, les fibres sont coupées brusquement, nettement, et, si elles avaient conservé leur élasticité, il semble qu'en les rapprochant on eût réparé la solution de continuité.

L'interprétation qui consiste à voir dans cette lésion une rupture ancienne du diaphragme à son insertion phrénique, paraît extrêmement probable.

La hernie est logée entre le péricarde et la plèvre ; le plus souvent, c'est dans la cavité pleurale même que viennent faire saillie les viscères, pourvus ou non d'un sac péritonéal.

Chez notre homme il s'en était formé un adventice aux dépens du tissu cellulaire.

Schwartz et Rochard ont proposé, la hernie reconnue, de s'ouvrir

une voie thoracique, pour l'aborder. Or il est certain que dans notre cas il eût été, sinon impossible, du moins très difficile, d'arriver par l'abdomen à un résultat satisfaisant. Au contraire, par une résection costale on aurait pu arriver rapidement dans le sac, réduire les viscères et aborder l'orifice qui leur livre passage.

4. **Violent traumatisme du thorax. Fractures multiples de presque toutes les côtes et enfoncement de la paroi thoracique. Déchirure du poumon. Emphysème. Pneumonie traumatique. Collection hémopneumatique réductible, infectée secondairement. Mort quasi-subite sept semaines après l'accident.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

On notait au niveau du 2e espace intercostal une tumeur de consistance uniforme et molle, assez bien limitée, quasi-fluctuante, facilement et complètement réductible. Elle disparaissait sous la moindre pression ; la main percevait alors une crépitation qui pouvait être mise sur le compte de l'emphysème qui était à son maximum aux environs de cette saillie. Celle-ci, du volume d'un gros œuf, se réduisait dans le thorax. A la place qu'elle occupait on sentait alors un orifice large de deux travers de doigt, haut de 2 centimètres, occupant le 2e espace intercostal immédiatement au-dessus de la 2e côte. On pouvait introduire dans cet orifice l'index refoulant la peau. Aussitôt qu'on retirait la main, la tumeur se montrait de nouveau, elle augmentait par l'expiration et surtout par la toux.

C'est une collection en bissac, intra et extra-thoracique. La portion intra-thoracique de la poche était creusée dans le parenchyme du poumon lui-même. Cet organe était soudé à la paroi ; il n'existait plus de cavité pleurale, et le traumatisme avait amené une importante déchirure du poumon. Sur les parois de la poche on voyait encore des tuyaux bronchiques béants, en libre communication avec sa cavité. Cette déchirure du poumon s'était produite indépendamment des fragments costaux qui ne pénétraient point dans le tissu pulmonaire. Il y avait eu soit un éclatement sous la pression excessive, soit une rupture par tiraillement de l'organe fixé par des adhérences.

Ces mêmes adhérences empêchant tout déplacement du poumon, il est certain que cet organe n'a pu faire hernie à aucun moment.

La production d'une tumeur hémopneumatique du genre de celle observée chez notre malade n'est guère possible que dans ces condi-

tions de symphyse pleurale et de traumatisme violent. C'est un fait des plus rares.

5. **Fracture ancienne des cartilages costaux.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.

6. **Anévrysme du tronc brachio-céphalique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1897.

11° Mamelle.

1. **Deux cas de tuberculose mammaire.** — *Gazette des hôpitaux*, 1er mars 1900.

La tuberculose mammaire, dont l'existence n'était pas démontrée il y a vingt ans, est actuellement peut-être la plus complètement étudiée de toutes les maladies du sein.

La maladie n'est pas une, mais variée dans ses formes et dans sa marche.

L'un de ces cas surtout présente de l'intérêt, car il s'agit d'une forme considérée comme très rare, d'une tuberculose à foyers multiples et disséminés.

Le tissu conjonctif interstitiel de la mamelle est presque complètement respecté. Les lésions sont pour ainsi dire systématisées, et frappent principalement l'appareil glandulaire ; occupent les conduits excréteurs, les acini ou leur voisinage immédiat. Il semble donc que, dans ce cas particulier, on puisse admettre, sinon l'origine glandulaire ; occupent les conduits excréteurs, les acini ou leur voisinage immédiat. Il semble donc que, dans ce cas particulier, on puisse admettre, sinon l'origine glandulaire, du moins l'évolution glandulaire de la maladie.

Les lésions si abondantes des voies d'excrétion, aussi bien que l'écoulement constaté par le mamelon, pourraient faire songer à une infection ascendante par les conduits galactophores, sans qu'on en puisse fournir d'autre preuve que ce groupement des lésions.

Il existait ici une association microbienne : le staphylocoque et le bacille ont été reconnus dans le pus du même abcès.

Cette notion d'infection secondaire ascendante dans la tuberculose du sein est nouvelle. Peut-être pourra-t-elle être appliquée à d'autres cas, dont le caractère est anormal.

Dubar, autrefois, avait divisé la tuberculose du sein en deux variétés : la forme confluente et la forme disséminée. La première sans être banale est relativement fréquente et c'est à elle que s'appliquent proprement les descriptions classiques. L'autre a été contestée à tort, car elle existe réellement. C'est, il nous semble, à cette variété que doit être rapportée notre première observation.

Notre deuxième cas rentre dans les faits un peu anormaux par l'âge auquel a débuté la maladie. Il s'agit d'une toute jeune fille, chez laquelle la tuberculose du sein a pris naissance au moment même de la puberté.

Si dans le premier cas l'évolution était principalement gandulaire, ici elle est surtout conjonctive, interstitielle.

Nos observations prouvent que l'état des ganglions est assurément très variable ; que leur volume peut demeurer très médiocre malgré des lésions glandulaires étendues ; que si leur envahissement est ordinairement secondaire et consécutif, il peut par exception marquer le début des accidents.

Aux formes disséminées, dont les lésions sont encore plus étendues qu'elles ne paraissent, convient l'extirpation de la glande entière ; une tuberculose confluente, au contraire, comporte une opération partielle, conservatrice, si modifiée que soit la région qu'elle occupe.

2. **Tuberculose du sein chez l'homme.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 20 juin 1902.

3. **Abcès froid sous-mammaire, simulant une tumeur du sein.** *Bulletins de la Société anatomique*, 5 décembre 1902.

4. **Tuberculose du sein.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 juin 1903.

5. **Tuberculose du sein.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 17 juillet 1903.

6. **Volumineux abcès torpide du sein chez une jeune fille de seize ans.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 décembre 1900.

En dehors de la puerpéralité les abcès du sein sont peu fréquents et ce sont presque toujours des abcès chauds, soit superficiels et d'origine externe, soit consécutifs aux mastites des nouveau-nés ou des adolescents. Les abcès à marche lente sont alors de rares exceptions,

réserve faite pour les collections froides, sous-mammaires ou intramammaires, de nature tuberculeuse.

Un abcès survenant sans cause immédiatement évidente chez un sujet jeune, avec des allures torpides, et guérissant par la simple évacuation, est donc un fait curieux et bien digne d'être relaté.

7. **Épithélioma des deux mamelles avec noyaux dermiques secondaires coïncidant avec une péritonite tuberculeuse** (En collaboration avec le professeur Le Dentu.) — *Revue de Chirurgie*, 10 avril 1900.

Nous ne connaissons point d'observation qui soit rigoureusement comparable. Le cancer occupant les deux seins a présenté des allures tout à fait insolites, et la coïncidence d'une péritonite tuberculeuse chez la malade a contribué pendant longtemps à rendre le diagnostic bien épineux. On a toujours tendance à rapprocher et à expliquer l'une par l'autre deux lésions développées simultanément dans le même organisme. Or, ici, ce rapprochement ne pouvait conduire qu'à une interprétation erronée.

Il y a eu, en somme, chez notre malade, une phase de début, avec tuméfaction dure des seins, survenue brusquement, période de mastite aiguë totale ; une phase où les lésions ont pris l'aspect nodulaire en même temps que se développait la péritonite ascitique ; une phase de résorption et d'assouplissement coïncidant avec la guérison apparente de la localisation abdominale ; enfin, une quatrième et dernière phase de néoplasie panglandulaire avec envahissement cutané.

A vrai dire, l'état des seins, considéré dans chaque phase de la maladie, était caractéristique d'une variété de cancer. C'étaient les circonstances adjuvantes qui contrariaient ce diagnostic ; ce dernier eût paru relativement simple si l'examen avait été limité aux mamelles.

Au début, les deux seins énormes rappelaient étonnamment les figures classiques représentant les mastites carcinomateuses.

Aussi, réserves faites, devions-nous accepter comme relativement probable l'opinion d'un cancer non seulement aigu, mais suraigu des deux mamelles. Or, la disparition de la tuméfaction générale, le désempâtement et l'assouplissement des seins, la rétrocession des phénomènes alarmants du début, et toute la suite ultérieure de la maladie prouvent qu'il ne s'agissait point de la mastite carcinomateuse.

Plus tard, l'aspect des glandes était tellement différent de ce qu'il était au début et, d'autre part, la lésion abdominale devenue à ce point prédominante que la notion de cancer semblait s'éloigner de plus en plus.

Il était acquis qu'elle avait une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Dès lors, nous aidant de la lésion connue pour interpréter la lésion douteuse, il était naturel de rapprocher de la localisation bacillaire péritonéale les noyaux mammaires.

Cependant la palpation, montrant les masses inégales occupant les deux seins, donnait plutôt l'impression d'un double squirrhe.

Ultérieurement l'apparition des nodules cutanés nous éloigne beaucoup de l'idée de tuberculose, du moins pour la lésion mammaire.

On remarquera le contraste entre le début tumultueux et bruyant de l'affection mammaire et la marche torpide et lente qu'elle a présentée à la fin. Pendant les derniers mois, c'est à peine si on a pu noter quelque changement dans l'aspect des mamelles. La maladie paraissait stationnaire et les glandes axillaires elles-mêmes ne manifestaient aucune tendance à l'accroissement. Aussi la malade a-t-elle succombé aux progrès de sa péritonite, à la transformation purulente de l'épanchement après rupture de sa cicatrice, non à la cachexie cancéreuse.

8. **Autoplastie par déplacement d'une mamelle pour remédier à une énorme perte de substance résultant de l'ablation de l'autre.** — *Gazette des hôpitaux*, 19 avril 1901.

9. **De l'autoplastie par déplacement du sein.** — *Archives générales de médecine*, 26 octobre 1903.

La surface cruentée fût-elle très étendue, énorme même, il faut songer à la recouvrir de téguments normaux.

Parmi les procédés qui permettent d'obtenir ce résultat, il convient d'admettre l'autoplastie par déplacement, glissement et transposition de la mamelle saine. Il faut faire à ce procédé, qui ne comporte au total ni difficultés ni dangers, une place honorable ; mais, actuellement, c'est une ressource dont il convient d'user avec une grande réserve, et seulement dans d'assez rares circonstances.

Les résultats en seront d'autant meilleurs que l'on assurera une plus grande largeur du pédicule. On peut donner à celui-ci des dimen-





sions pleinement rassurantes en conservant intégralement tous les téguments compris entre l'aisselle et la plaie primitive, et en faisant porter toutes les incisions de débridement sur le segment inférieur de la mamelle.

10. **De l'incision dissimulée dans l'aisselle pour l'extirpation des tumeurs bénignes du sein et régions voisines.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 18 juillet 1902.

11. **De l'ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein.** *Presse médicale*, 11 octobre 1902.

12. **De l'ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein.** — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 4 mars 1903, rapport de Demoulin, 27 mai 1903.



13. **Ablation esthétique de deux tumeurs du sein chez une jeune fille.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 29 novembre 1903.

14. **Goitre et sarcome du sein.** — *Gazette des hôpitaux*, 1901.





Les téguments du cou, distendus par le goitre, ont servi à couvrir l'énorme perte de substance créée par l'ablation de la tumeur du sein.

15. Deux cancers distincts sur le même sein. Épithélioma du mamelon et épithélioma glandulaire de la mamelle. Névralgie intercostale. — *Archives générales de médecine*, 21 avril 1903.

La coïncidence de deux cancers distincts, évoluant parallèlement dans le même organisme, est toujours un fait qui mérite attention. Il y a là une importante anomalie dont l'intérêt reste considérable en raison du petit nombre de cas où cette dualité néoplasique a été établie d'une manière absolument irréfutable.

Il est plus curieux encore de voir les deux lésions réunies sur le même organe et très voisines l'une de l'autre. Il en était ainsi chez une de mes malades, qui présentait sur la même mamelle un épithélioma du mamelon, et un épithélioma de la glande, complètement indépendants l'un de l'autre.

16. Tumeur maligne d'origine cutanée sur les limites de la région mammaire et de l'aisselle

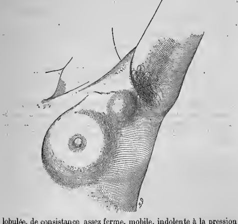
Les tumeurs malignes épithéliales d'origine cutanée tendent généralement à s'ulcérer d'une façon précoce. Elles ne sont pour ainsi dire jamais pédiculées. Quand elles font extérieurement une saillie assez volumineuse, cette saillie est ordinairement formée sur-



tout par des masses végétantes développées après ulcération du néoplasme. Or, dans ce cas, la tumeur offrait les caractères insolites d'être pédiculée, d'être recouverte par une surface épidermique continue, bien que son volume fût comparable à celui d'une petite orange et que les ganglions axillaires fussent déjà largement envahis.

17. **Adéno-fibro-lipome de l'aisselle, développé aux dépens d'une glande mammaire surnuméraire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1901.

La tumeur occupant la partie inférieure de l'aisselle, complètement indépendante de la mamelle d'ailleurs absolument saine, était



lobulée, de consistance assez ferme, mobile, indolente à la pression On percevait en la refoulant vers la profondeur une sorte de crépitation. Le diagnostic de lipome parut probable. C'était, en effet, une masse graisseuse, multilobulée, mais au centre de chaque lobe graisseux se trouvait un noyau dur, grisâtre, ovoïde. L'examen histologique montre que chacun d'eux présente la structure des fibro-adénomes du sein.

C'est un groupe de fibro-adénomes enveloppés dans une même atmosphère adipeuse. Ils n'ont aucune connexion avec la glande mammaire proprement dite.

Ils ont pris naissance aux dépens d'une glande aberrante dont le point de départ cutané était indiqué par un tractus implanté à la face profonde du derme et déterminant au niveau du bord inférieur du grand pectoral une petite dépression ombiliquée.

12° Chirurgie abdominale. — Parois de l'abdomen.

1. **De la gastro-entérostomie.** — *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Cette étude, un des premiers travaux publiés en France sur ce sujet, n'est pas une simple revue. Après des expériences sur les chiens, j'ai été amené à conseiller un manuel opératoire qui m'avait toujours donné de bons résultats chez ces animaux.

Un des premiers je conseillai l'emploi des surjets superposés pratiqués avec de fines aiguilles de couturière.

2. **Exclusion intestinale.** — In Th. Lance, 1903 et *Congrès de Chirurgie*, 1903.

3. **Anus contre nature dans une cavité suppurante intra-pelvienne consécutive à une hystérectomie abdominale. Issue des matières par une large fistule sous-ombilicale et par le vagin. Laparotomie, résection intestinale.** — *Journal des Praticiens*, 27 octobre 1900.

Le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales, toujours très délicat, présente des difficultés sérieuses quand l'orifice intestinal ne s'ouvre pas directement à l'extérieur. Les matières sont d'abord déversées dans une cavité intermédiaire, dont les parois suppurent. Quand ce foyer pyo-stercoral siège dans une des fosses iliaques, au voisinage des anneaux herniaires ou dans la région ombilicale, on a au moins la ressource de pouvoir l'aborder sans trop de peine, et c'est déjà un point important. Il n'en va pas de même quand il faut aller dans la profondeur du bassin à la recherche de l'intestin perforé.

Une malade que j'ai eue à traiter est un exemple des longs ennuis, des difficultés, des dangers que comporte la cure d'une telle infirmité. Une hystérectomie abdominale pour suppuration pelvienne avait été suivie d'une large fistule stercorale déversant la totalité des matières par le vagin et par un orifice sous-ombilical. Cette lésion, déjà ancienne, a fini par guérir après résection de l'anse malade suivie d'entérorrhaphie circulaire.

4. **Cholécystites calculeuses.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1900.

Deux cas de vésicules formant tumeur, non à cause de leur distension, car elles contenaient peu de liquide, mais à cause de l'épaississement hyperplasique de leur paroi.

5. **Plaie de la rate par coup de feu. Splénectomie. Mort.** *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1898.

Les blessures de la rate sont d'une énorme gravité, à cause de l'hémorrhagie considérable qui en résulte.

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est l'ablation de la rate. Au premier abord, cette mesure pourrait paraître excessive. Mais ici il est difficile de faire mieux. On est conduit à l'extirpation de l'organe pour ainsi dire par nécessité. Cette extirpation ne constitue pas elle-même une chose grave, ni un sacrifice dont les suites soient préjudiciables. Ce qui est grave, c'est l'état du blessé, qu'on opère bien souvent, quand, par la faute des circonstances, le moment opportun est déjà passé.

6. **Plaie de l'abdomen par coup de couteau. Section d'une veine spermatique, de la veine épigastrique, de l'artère appendiculaire. Large plaie du cæcum. Intervention. Guérison.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, le 11 octobre 1899. Rapport de M. Chaput, 26 décembre 1900.

Le même coup de couteau avait donc déterminé quatre graves lésions. Aussi le blessé était-il déjà dans un état des plus alarmants au moment de l'intervention, pratiquée cependant quatre heures après la blessure. Le simple débridement de celle-ci permit de lier les vaisseaux divisés et de suturer le cæcum ouvert sur une étendue de 3 centimètres.

Le diagnostic de plaie pénétrante avait été fait avant l'intervention d'après la direction de la blessure, la rigidité de la paroi, les signes d'hémorrhagie interne.

7. **Ruptures de la rate et du rein par contusion de l'abdomen.** Th. de Vanverts, P. 1897.

8. **Rupture de l'intestin grêle. Rupture du duodénum.** Observations in Th. Dambrin, 1903.

9. **Écrasement par un tombereau. Fractures des onze premières côtes du côté droit. Déchirures du foie et du rein. Rupture de l'intestin grêle. Le sujet portait un cancer latent de la face postérieure de l'estomac.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1898.

10. **Hyperthermie simulée après une laparotomie pour péritonite tuberculeuse.** — *Médecine moderne*, 1896.

11. **Pince hémostatique laissée dans le ventre au cours d'une laparotomie et rendue par l'anus au bout de trois ans.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1897.

12. **Occlusion intestinale par adhérences anciennes du côlon à la vésicule biliaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 25 mai 1900.

L'occlusion a eu pour cause les adhérences développées autour de la vésicule. Celle-ci avait été enflammée autrefois ; et les accidents étaient une suite très éloignée de la péricholécystite.

La solidité des adhérences et leur étendue auraient rendu bien difficile l'intervention si la malade, au lieu de nous arriver dans la période préagonique, avait pu être opérée. Il s'agit d'un véritable rétrécissement cicatriciel périphérique et quasi-circonférentiel. Libérer l'intestin est à peu près impossible sur la pièce isolée, sortie du ventre et étalée sur un liège. Sur le vivant toute tentative pour libérer cet intestin aurait été illusoire et même dangereuse ; en insistant on eût infailliblement déchiré le côlon, le duodénum ou la vésicule. Réséquer le segment rétréci eût été plus dangereux et plus aléatoire encore. Aussi je pense qu'on eût été conduit à pratiquer soit un anus artificiel sur le cæcum, ce que l'énorme distension de cet organe eût peut-être exigé comme opération de nécessité ; soit l'anastomose entre le cæcum et le côlon transverse ou entre le cæcum et le côlon pelvien, si la malade avait eu assez de résistance pour supporter cette dernière opération. A tous égards celle-ci eût été alors l'intervention de choix.

13. **Occlusion intestinale par calcul biliaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 23 février 1900.

Pendant longtemps les observations ont été en petit nombre ; mais, en 1885, Wising en relevait 50 ; MM. Kirmisson et Rochard 105, en 1892 (*Arch. méd.*, 1892) et Dagron 140 (Th. Paris, 1892). Galliard, en

1895 (*Presse médicale*), porta ce chiffre à 225, et dans un travail plus récent, Garin (Th. Paris, 1897-98) pouvait encore en relever 12 nouvelles, auxquelles j'ai pu facilement en ajouter un certain nombre d'autres, à propos d'un cas personnel, femme de 82 ans, opérée dans des conditions qui ne permettaient guère d'espérer un succès.

Bien que le volume du calcul soit assez considérable, il n'excède point le calibre normal de l'intestin grêle ; le spasme joue ici un rôle prédominant.

Aussi bien avons-nous constaté que le corps étranger ne pouvait être déplacé, ni dans un sens ni dans l'autre, dans l'intestin contracturé.

Presque tous ceux qui sont intervenus ont été amenés à faire l'entérotomie, opération de beaucoup la plus simple et la plus courte.

L'intervention a été malheureusement stérile. Ce qui a rendu la chose grave, ce n'est pas l'entérotomie, ce sont les 82 ans.

MM. Kirmisson et Rochard signalent la difficulté où l'on se trouve pour classer l'occlusion par calcul biliaire dans l'occlusion aiguë, ou l'occlusion chronique. Chez notre malade il s'agit sans aucun doute d'une forme aiguë, et cependant nous pouvons noter le peu de dépression apparente, le médiocre ballonnement, et les vomissements espacés, séparés par de longs intervalles de calme.

Il n'est pas douteux que ce processus d'élimination ait eu pour cause occasionnelle une infection récente de la vésicule, soit à travers la paroi amincie des deux organes accolés et déjà adhérents, soit plutôt par voie ascendante en suivant le cholédoque et la cystique.

14. Cancer du gros intestin. Occlusion intestinale. — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 octobre 1900.

15. Cancer du côlon pelvien. — *Bulletins de la Société anatomique*, 8 novembre 1901.

16. Cancer du côlon pelvien. Occlusion. — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 décembre 1902.

17. Occlusion par torsion du mésentère. — In Th. Bassinot, Paris, 1900.

Il y avait dans ce cas un volvulus de l'intestin grêle tout entier, du moins de toute la partie pourvue de mésentère, jéjunum et iléon,

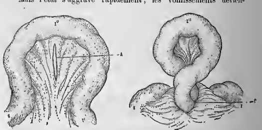
Il rentre dans la catégorie de faits signalés par P. Delbet (*Société de chirurgie*, 1898). Mais il en diffère par le sens de la torsion, qui se faisait ici dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Il y avait anurie complète, vomissements exclusivement bilieux, augmentation assez considérable du volume de l'abdomen.

Circonstance curieuse, il existait une matité complète du ventre depuis l'ombilic jusqu'au pubis et d'une épine iliaque à l'autre. Le ventre ouvert, il fallut reconnaître que cette matité ne pouvait être attribuée qu'aux anses intestinales remplies et distendues par les liquides qui s'y étaient accumulés.

18. **Occlusion intestinale opérée vingt-quatre heures après l'accouchement.** — *Société de chirurgie*, 4 octobre 1899. Rapport par Rochard, 20 juin 1900.

Une jeune femme de 29 ans est prise d'occlusion intestinale au terme d'une grossesse normale. Le travail commence quelques heures après, s'accomplit régulièrement et se termine par la naissance d'un enfant vivant.

Mais l'état s'aggrave rapidement, les vomissements devien-



nent fécaloïdes et c'est dans les plus détestables conditions que la laparatomie est pratiquée vingt-quatre heures après l'accouchement.

Cependant l'étranglement peut être levé et la guérison survient de la façon la plus heureuse.

Le signe de V. Wahl, si rarement noté, est devenu ici très manifeste, l'accouchement terminé. Il a permis d'aller tout droit sur le point où siégeait l'occlusion et de réduire les manœuvres au minimum.

Il s'agit, en outre, d'une forme toute particulière de volvulus. L'anse étranglée, devenue plus grosse qu'une tête de fœtus à terme, appartenait à l'intestin grêle. Elle était tordue de gauche à droite de plus de 180°. Il fut relativement aisé de la détordre par rotation de droite à gauche, après destruction de quelques fausses membranes formées autour du pédicule tordu.

Mais, cette manœuvre exécutée, je pus me rendre compte qu'elle serait inutile si on laissait les choses en l'état, car il subsistait un agent d'étranglement de l'anse distendue. Celle-ci avait passé à travers un orifice de son propre mésentère, ainsi que l'indiquent les deux figures schématiques ci-contre. La réduction s'opéra après agrandissement, par déchirure prudente, de la boutonnière mésentérique.

19. De l'occlusion au niveau de l'angle colique gauche.
Revue de gynécologie, **1903.**

L'angle splénique du côlon est le siège d'une variété spéciale d'occlusion qui paraît indépendante de toute altération pathologique ancienne ou récente développée en ce point soit autour, soit dans la paroi de l'intestin.

Si la réalité de ces occlusions a pu être mise en doute, leur existence aujourd'hui paraît indiscutable.

Le mécanisme de ces accidents n'est pas établi d'une façon formelle, mais par opposition à tous les cas où l'occlusion est manifestement secondaire à une lésion apparente, nous proposons d'englober les divers faits se rapportant à cette variété sous le nom d'occlusions spontanées de l'angle colique gauche.

Cette dénomination laisse entendre que l'intestin trouve dans les dispositions anatomiques particulières à cette partie de son trajet les conditions favorables à la production de l'occlusion sans lésions pathologiques, bien qu'elle ne se réalise que chez de rares sujets et à la faveur de circonstances encore très mal connues.

Si le mécanisme ordinairement invoqué d'une coudure simple n'est pas invraisemblable, il convient d'admettre comme plus rationnel encore un autre mode de production des accidents d'après lequel il se produirait un déplacement du transverse vers la gauche tel qu'il y aurait à la fois coudure horizontale et torsion de l'angle colique.

Parmi les signes qui éventuellement peuvent, dans une certaine mesure, guider le diagnostic toujours difficile des occlusions de

l'angle colique gauche, il convient de retenir la distension du transverse, donnant lieu à la production d'une tumeur gazeuse sus-ombilicale, signe qui pourtant, *a priori*, doit être inconstant et qui, s'il existe, ne saurait être regardé comme pathognomonique.

La fistulisation temporaire du gros intestin est l'expédient salutaire en cas de crise aiguë. Elle laisse le temps d'aviser et d'examiner tout à loisir s'il y a lieu de créer une entéro-anastomose. Cette dernière opération, jusqu'à nouvel ordre, ne paraît pas formellement indiquée à propos d'une première crise, mais elle est, au contraire, le traitement nécessaire des occlusions intermittentes et récidivantes de l'angle colique gauche.

20. **Occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse.** Th. Banteignies, Paris, 1902-03.

21. **Kyste du pancréas.** — Thèse de Tulasne, 1899.

Ce cas est un des plus intéressants qui aient été signalés. Quand la malade fut observée pour la première fois, elle présentait les signes d'une hémorrhagie interne, et l'on pensa à une inondation péritonéale ayant pour cause la rupture d'une trompe gravide. L'ouverture du ventre permit d'évacuer une très grande quantité de liquide hématique, et montra l'intégrité absolue des annexes et de tout ce qu'on put reconnaître des viscères abdominaux. L'état fort inquiétant de la malade ne permit pas d'ailleurs de pousser très loin cet examen. L'opérée se remit rapidement.

Six mois après, elle revint avec une tumeur sous-hépatique où l'on soupçonna un kyste pancréatique, et la laparotomie suscitée par ce diagnostic aboutit à la marsupialisation de la poche au-dessus de l'estomac, à travers le petit épiploon.

Une fistule persista longtemps, donnant issue à un liquide rappelant le suc pancréatique. Je me proposais d'aboucher cette fistule dans l'intestin grêle, créant ainsi une sorte de conduit pancréatique accessoire ; mais l'orifice finit par s'oblitérer complètement.

La malade ayant succombé plus tard à une cirrhose hépatique, j'ai pu préparer la pièce ; elle montre que la guérison a été obtenue grâce à un énorme processus d'adhérences comblant l'arrière-cavité des épiploons.

Le pancréas est modifié dans sa forme, sa consistance et son aspect. Il présente aussi quelques lésions microscopiques, mais qui ne permettent nullement d'attribuer au kyste une origine néoplasique.

22. **Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde.** Th. Mauger, 1901.

23. **Appendicite pelvienne.** — Th. Chevallier, 1900.

24. **De l'appendicite pelvienne.** — *Congrès de Bruxelles*, septembre 1902.

Etude basée sur dix cas personnels.

Non seulement le danger est en pareil cas plus grand au point de vue de la généralisation de la phlegmasie péritonéale, mais localement l'évolution de la lésion peut donner lieu à de nombreuses complications dont les conséquences immédiates ou tardives sont sérieuses. Aussi l'intervention doit-elle être pratiquée de bonne heure et d'une façon générale par la laparotomie médiane, le bassin étant en position élevée. J'insiste à ce propos sur l'utilité de l'aspiration, appliquée à la chirurgie de l'abdomen, principalement au cours des opérations septiques.

25. **Fibrome de la paroi abdominale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1899.

La pathogénie des fibromes de la paroi abdominale a été remise en cause par des travaux récents. Pour M. Guinard (*Traité de chirurgie* de M. Le Dentu, t. VII) et son élève Puyaubert (Th. Paris, avril 1899), reprenant une idée déjà ancienne de Sænger, ces tumeurs singulières auraient pour origine constante ou à peu près constante le ligament rond, qu'elles aient pris naissance aux dépens de cet organe lui-même ou de fibres aberrantes. Cette doctrine repose sur d'excellentes considérations théoriques, mais les preuves absolument démonstratives manquent. Ayant eu l'occasion d'opérer une jeune femme atteinte d'un de ces fibromes, j'ai essayé de voir si ce cas pouvait aider à établir la séduisante hypothèse de M. Guinard, mais ni la dissection ni l'examen histologique n'ont établi que telle fût l'origine de cette tumeur.

13° Hernies.

1. **Hernie rétro-péritonéale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1896.

La hernie avait dû se faire dans une des fossettes situées du côté gauche du duodénum ascendant, dans la fossette duodéno-jéjunale

inférieure, qui plus spacieuse et plus profonde est le siège le plus ordinaire de ces hernies rétro-péritonéales.

Un point très particulier du cas qui nous occupe est que l'étranglement n'a pas eu lieu dans la hernie. Les anses contenues dans le sac herniaire étaient parfaitement saines. Ce sont des anses sorties du sac pour rentrer dans la grande cavité du péritoine qui se sont étranglées au niveau de l'orifice.

2. Traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque. — *XIII[e] Congrès international de médecine*, Paris, 2-9 août 1900.

Dans les hernies dites par glissement, le sac n'enveloppe pas complètement l'intestin et la partie dépourvue de séreuse entre en contact avec le tissu cellulaire.

C'est ce rapport de l'organe hernié avec les parties avoisinantes que Scarpa a désigné sous le nom d'adhérence charnue naturelle. On peut dire qu'au point de vue de la cure opératoire l'étendue de ces adhérences charnues et leur degré ont aujourd'hui plus d'importance dans la majeure partie des cas, que les adhérences inflammatoires occupant la cavité du sac. Dans les hernies par glissement, la règle est que la difficulté soit en dehors du sac, dans la surface intestinale dépourvue de séreuse.

C'est par là, en effet, qu'elles échappent le plus souvent à une thérapeutique rigoureuse et régulière.

La solution, étant encore à trouver, je me suis efforcé, de tenir compte des indications de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, et j'ai proposé et appliqué avec succès une technique nouvelle.

La première indication à remplir est de libérer l'intestin, de le rendre mobile, en ménageant scrupuleusement non seulement ses tuniques, mais tous ses moyens de nutrition et d'innervation.

La deuxième est de le réduire dans le ventre, et de le *placer dans sa situation normale*. Jusqu'à présent, en mettant les choses au mieux, on s'est borné à le replacer derrière la paroi plus ou moins bien reconstituée.

Refaire un mésocôlon et le fixer dans sa position naturelle est une autre indication, si l'on veut que le succès soit durable.

Mais ce serait absolument insuffisant pour prévenir le retour de la hernie, et une dernière indication, tout aussi impérieuse, et d'ailleurs parfaitement saisie et mise en pratique par tous ceux qui se

sont occupés des hernies dans ces dernières années, c'est de procéder à la restauration aussi complète que possible de la paroi.

L'opération me paraît devoir être pratiquée de la manière suivante, sur le plan incliné et après traitement préopératoire (repos, purgatifs répétés, etc.) :

1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac, et tout ennui du côté de l'intestin.

2° Libération de celui-ci par voie de décollement.

3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque.

4° Réfection du mésocôlon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux ; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque.

5° Suture de la plaie abdominale.

6° Réfection aussi soignée que possible du trajet inguinal.

Ainsi comprise, l'opération est plus compliquée que celle adoptée, généralement. Mais dans les cas où elle est possible, le malade sera sans aucun doute, dans des conditions meilleures.

En pratiquant l'incision abdominale par la gaine du muscle droit selon la technique recommandée pour enlever l'appendice, on se met complètement, je l'espère du moins, à l'abri de toute éventration ultérieure.

Il est très facile de ne pas placer ses points de suture sur les vaisseaux côliques, que l'on aperçoit nettement par transparence. Toute crainte de sphacèle est ainsi évitée.

Si ces manœuvres allongent un peu l'opération, on peut affirmer qu'elles sont bénignes et n'aggravent point le pronostic. Tout se passe dans la fosse iliaque, sans hémorrhagie, sans manipulations laborieuses ou septiques.

Il ne reste donc pas d'objection sérieuse contre cette manière de faire, et, par contre, le bénéfice semble devoir être très appréciable.

3. **Hernie par glissement de l'S iliaque opérée par laparotomie, mésocoplastie et mésocoloplastie.** — *Société de chirurgie*, 24 décembre 1902 ; Th. Andrieu, 1903.

4. **Epiploïte consécutive à une opération de hernie ombilicale étranglée. Abcès. Fistule consécutive. Laparotomie. Extirpation d'une grosse masse d'épiploon enflammée. Marsupialisation du fond de la cavité suppurante contenue dans cette tumeur épiploïque. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

5. **Observations d'épiploïte consécutive à des opérations de hernie.** — Thèse de SAUGET, Paris, 1899.

6. **Epiploïte consécutive aux opérations de hernie.** — *Gazette des hôpitaux*, 29 novembre 1900.

Nous pouvons reconnaître dans l'affection qui nous occupe trois périodes : une de début, pendant laquelle le malade présente un état abdominal plus ou moins nettement caractérisé, mais jamais bien alarmant, douleurs, tendance nauséeuse, sensibilité générale du ventre, léger ballonnement ; une période d'état pendant laquelle se constitue la tumeur, et une dernière pendant laquelle elle diminue graduellement et finit par s'évanouir, laissant peut-être des reliquats, mais que la palpation n'arrive plus à déceler.

Autour du moignon infecté il se fait un froncement, une concentration de la partie restante d'épiploon, qu'envahit une énorme infiltration embryonnaire.

Le foyer septique est cerné par des exsudats, des adhérences, des tissus de nouvelle formation qui l'isolent très complètement. L'apparition de la plaque, du gâteau, de la tumeur, est précisément un sûr indice de la limitation du processus inflammatoire.

Si l'on intervient de bonne heure, on trouve généralement de petits abcès collectés au centre de la masse épiploïque très modifiée, qui constitue la tumeur tangible. De telles collections sont susceptibles de disparaître. L'abcès, au bout de peu de temps, deviendra stérile ; les microbes pathogènes finiront par succomber, tués par leurs propres poisons, et dès lors le pus, privé de germes, ne tardera point à être résorbé.

Les éventualités graves sont toutes exceptionnelles, et il ne faut pas s'alarmer outre mesure quand survient un pareil accident.

On peut être tenté d'intervenir dans le but de conjurer les accidents phlegmasiques, ou tout au moins d'abréger la crise, de la rendre plus bénigne. Il ne faut pas céder à cette impression du premier moment, il n'y a pas lieu de se décider brusquement, ni d'agir en pleine période de réaction abdominale.

Je penche également pour l'abstention dans la période d'état.

C'est tardivement que surgissent les indications, et heureusement elles sont rares.

Dans un cas, je dus pratiquer une laparotomie des plus difficiles. Le trajet suppurant s'enfonçait au centre d'une masse fibro-adipeuse adhérente de tous côtés : c'était l'épiploon complètement transformé. Je l'ouvris, me laissant guider par la fistule. Il y avait au-dessous de l'estomac, entre lui et le côlon, une cavité allongée transversalement, où je trouvai logés dans une série d'alvéoles tous les fils de soie qui avaient servi, autrefois, à lier l'épiploon. J'en fis l'extraction ; je supprimai tout ce que je pus de la tumeur fibro-graisseuse ; mais la cavité où étaient les fils ne pouvait être emportée sans réséquer en même temps une partie du côlon et de l'estomac, tant les adhérences étaient denses et résistantes. J'attirai ce fond jusqu'à la plaie pariétale où je le suturai, ne pouvant ni le réduire, ni le supprimer. Ma malade guérit fort bien.

Indépendamment de ces cas où l'action chirurgicale est rendue nécessaire par une suppuration intarissable, il en est d'autres où elle est non moins légitime, quand, par exemple, le fonctionnement de l'intestin est troublé d'une façon durable par les adhérences qui en effacent le calibre, ou déterminent des coudures.

7. **Hernie inguinale étranglée réduite par le taxis. Perforation intestinale et péritonite diffuse. Intervention. Suture de la perforation. Guérison.** — *Société de chirurgie*, 26 janvier 1901. — Rapport par Guinard, 8 janvier 1902.

8. **De la cure esthétique des hernies.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 13 mars 1903.

9. **De la cure esthétique des hernies.** — *Presse médicale*, 15 avril 1903.

10. **Appendicite herniaire.** — *Société de Chirurgie*, 13 novembre 1901. Rapport Legueu, 19 mars 1902.

Le malade présenta un phlegmon diffus, gangréneux et gazeux du scrotum. Une fistule stercorale devint manifeste après élimination d'énormes eschares. Bientôt même se montra une petite tumeur rougeâtre, siégeant à droite du scrotum et formée par la muqueuse éversée de l'appendice.

Il s'agissait d'une hernie congénitale, à vaginale ouverte, où descendait l'appendice, pourvu d'un méso qui le fixait sur toute sa lon-

gueur au sac herniaire. Le bout de l'appendice perforé était au contact du testicule. Les adhérences promptement formées avaient sauvegardé le canal péritonéo-vaginal et le péritoine. L'opération qui permit de vérifier tous ces détails comprit : 1° la résection de l'appendice qui se continuait sans démarcation avec le cæcum, 2° la cure radicale de la hernie, et 3° la mise à couvert du testicule droit, en assemblant les restes du scrotum.

14° Voies urinaires.

1. **Tumeur maligne du rein, enlevée avec succès par la voie transpéritonéale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1898, et Th. Heresco, 1899.

Il s'agissait d'un très volumineux sarcome du rein gauche, pour lequel j'ai pratiqué la néphrectomie transpéritonéale. L'opéré a très bien guéri ; il a même pu se marier un an après ; mais au quinzième mois est survenue une récidive qui l'a emporté très rapidement.

Cette observation présente un certain intérêt au point de vue spécial de la pathogénie du varicocèle symptomatique. On a voulu établir une relation étroite entre le varicocèle des tumeurs du rein et l'envahissement secondaire des ganglions du hile, dont il serait une conséquence, ce qui a de l'importance au sujet du diagnostic de l'étendue des lésions et des déterminations à prendre. Or, chez ce sujet il y avait un varicocèle énorme qui a disparu après l'opération, et pas d'adénopathie appréciable. Sa présence était donc due à la tumeur rénale, et à elle seule.

2. **De la greffe des uretères dans le rectum.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1892.

En 1892, ce sujet était tout nouveau encore, et l'on pouvait espérer beaucoup des méthodes de dérivation de l'urine dans le rectum.

J'ai étudié expérimentalement la greffe des uretères ; et les nombreux auteurs qui depuis ont repris la question ont toujours bien voulu rappeler mes recherches.

De ces expériences se dégageait une impression assez peu favorable, car les infections ascendantes étaient presque la règle quand l'uretère demeurait perméable.

3. **Cancer latent de la vessie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1898.

4. **Thermomètre dans la vessie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1894.

5. **Calcul vésical formé autour d'un fragment de sonde de Nélaton.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1899.

6. **Laminaire engagée dans l'urèthre et la vessie d'une jeune femme et retirée par la taille uréthrale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1899.

7. **Corps étranger de la vessie (aiguille d'aspirateur Potain) retiré par la taille hypogastrique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1899.

8. **Calculs vésicaux enlevés par la taille hypogastrique chez un enfant de deux ans.** Les calculs étaient visibles sur radiographies. *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, novembre 1899.

15° Organes génitaux de l'homme.

1. **Sarcome du cordon spermatique (fibro-sarcome à myéloplaxes).** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1901.



2. **Lymphadénome du testicule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

Les tumeurs du testicule ont été fort étudiées sans que leur diagnostic soit devenu facile, et surtout sans que leur interprétation histologique et histogénique soit aisée à établir pour chaque cas déterminé.

J'ai eu la bonne fortune de montrer à la Société anatomique un beau type de lymphadénome du testicule, affection rare dont les observations se comptent depuis que les beaux travaux de Malassez, les leçons de Trélat, le mémoire de Monod et Terrillon ont appelé l'attention sur ce sujet, il y a une vingtaine d'années.

On en a publié tout au plus une quinzaine, dont quelques-unes encore ne sont pas à l'abri de toute contestation. C'est dire que la physionomie clinique de l'affection commence à peine à se dégager de la symptomatologie obscure des tumeurs du testitule. La description magistrale de Trélat, si claire et si frappante ne saurait être définitive. Elle a été formulée sur un nombre de faits trop restreint, et chaque cas nouveau apporte quelque variante au tableau clinique.

Les deux principaux signes donnés comme éléments de diagnostic, bilatéralité, généralisation, faisaient défaut.

La consistance de la tumeur était chez notre malade d'une extrême dureté ; en outre, cette tumeur était bosselée ; ces caractères ne répondent pas à ce qu'on a observé habituellement.

On a trouvé ordinairement l'épididyme intact dans les lymphadénomes du testicule, et ce fait a été invoqué comme élément de diagnostic entre le lymphadénome et le sarcome. Or, chez notre sujet cette indépendance des deux organes était complète et l'épididyme volumineux formait une saillie qui attirait immédiatement l'attention. Mais ce signe, qui aurait pu nous venir en aide, se tournait contre nous. L'épididyme, augmenté de volume, prenait les apparences du testicule et, loin de rendre plus simple la discussion du diagnostic, la faisait plus compliquée.

Malgré le pronostic très mauvais, malgré la certitude presque absolue de voir succomber le malade à une récidive prochaine et rapide, nous devons nous comporter ici comme pour les autres tumeurs du testicule, et faire l'ablation de l'organe quand on a l'espoir, même peu fondé, que le mal est encore localisé. Les difficultés du diagnostic restent considérables. Presque toujours on se trouve en

présence d'une tumeur du testicule, dont la nature véritable est à peine soupçonnée. On l'enlève et, comme dans le cas actuel le diagnostic définitif est établi rétrospectivement par l'étude histologique des pièces, quand elle-même ne prête pas à controverse.

3. Tumeur maligne du testicule. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1er décembre 1899.

Au point de vue *microscopique*, ce cas est très voisin du précédent. Au point de vue *clinique*, il vient appuyer les considérations que je formulais à propos de ma première observation. Aucun élément ne permettait d'agiter utilement ce diagnostic, les deux signes principaux sur lesquels les auteurs insistent habituellement, bilatéralité des lésions, généralisation, faisant défaut. L'isolement de l'épididyme, qui jusqu'à un certain point aurait pu être invoqué comme un signe, d'ailleurs insuffisant à lui seul, ne pouvait être reconnu par la palpation. L'examen de la pièce montre que c'eût été matériellement impossible

4. Hématocèle vaginale. — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 décembre 1900.

Il était intéressant de rechercher la situation du testicule. A l'examen, on avait cru reconnaître à peu près son siège en se basant sur une certaine douleur localisée en un point assez précis en arrière et en bas. Or cet endroit, où la pression éveillait quelque sensibilité, correspondait non au testicule, mais à un foyer extra-vaginal. En examinant la poche par sa face interne, une légère saillie oblongue, occupant la partie postérieure et moyenne de la cavité, offrait tout d'abord l'aspect d'une glande spermatique aplatie ; mais ce n'était qu'un amas de fausses membranes couvrant un foyer d'hémorrhagie pariétale. Il a fallu d'assez longues recherches pour découvrir, à la partie déclive de la poche, le testicule méconnaissable, aplati, aminci et d'apparence misérable. Quant à l'épididyme, il fallut renoncer à en trouver les vestiges.

Sur la pièce, nous avons vainement essayé en plusieurs points d'amorcer une *décortication* de la paroi ferme et rigide.

La fissuration de la coque, la formation du foyer extra-vaginal, l'infiltration des téguments, la suppuration débutant à la face profonde de la peau amincie et excoriée, nous indiquent ici avec une netteté schématique le mécanisme, ou un des mécanismes, de l'in-

fection de ces hématocèles. La rupture de la poche à l'extérieur nous paraît impossible, sans une préparation analogue.

5. **Hématocèle funiculaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1901.

La tumeur qui, par la consistance, l'aspect et la structure de sa paroi, aussi bien que par la nature de son contenu, rappelait d'ailleurs très exactement les vieilles hématocèles vaginales, occupait le cordon spermatique, dont elle englobait les éléments, tout entière au-dessus du testicule, sous-jacente elle-même à une hernie qui s'arrêtait à son pôle supérieur.

La castration fut pratiquée, suivie de la cure radicale de la hernie.

Pour l'interprétation de ce fait, trois hypothèses méritent d'être retenues : 1° La vaginale, touchée par un processus inflammatoire quelconque a soudé ses deux feuillets, mais incomplètement. A la partie supérieure a persisté une petite loge de la séreuse, dont l'hydropisie donne naissance à une tumeur sus-testiculaire. Les hydrocèles se transformant volontiers en hématocèles, on peut admettre immédiatement la variété correspondante de tumeur hématique.

2° Les kystes de l'épididyme aboutissent parfois, bien rarement, à la formation d'hématocèle. De l'autre côté précisément nous relevons l'existence d'un kyste épididymaire. Or ces kystes sont souvent bilatéraux. Les adhérences avec le testicule seraient alors secondaires, de même que l'oblitération de la vaginale.

3° L'hématocèle serait la conséquence des transformations subies par un grand kyste séreux du cordon, développé lui-même dans un débris du conduit péritonéo-vaginal.

Ces hypothèses sont toutes trois acceptables

6. **Adénite prépubienne, juxta-pénienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 30 janvier 1903.

7. **Cancer de la verge.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 juillet 1901.

8. **Cancer de la verge.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1902.

9. **Cancer du frein de la verge.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juin 1903.

10. **Cancer de la verge.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juin 1902.

11. **Deux cas de cancer du pénis.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 10 avril 1903.

Les pièces étudiées comparativement montrent deux degrés de la lésion ayant débuté pareillement chez l'un et l'autre sujet dans le sillon balano-préputial, du côté gauche. Chez le premier on peut noter sur la coupe une sorte de prolongement s'insinuant à la limite du corps caverneux gauche et du gland. C'est l'ébauche d'un mode d'envahissement réalisé chez le deuxième. Née dans le sillon péribalanique, la lésion s'enfonce aux limites du gland et du corps caverneux gauche, comme pour les séparer l'un de l'autre. Cette disposition n'est pas exceptionnelle, elle était particulièrement nette chez un de nos malades, où le gland presque intact se trouvait isolé du corps caverneux par les progrès de la lésion, et n'était plus relié au reste de la verge que par l'urèthre.

12. **Cancers de la verge.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 juin 1903.

Dans ces deux cas la lésion a pris naissance sur le pourtour du méat.

16° Organes génitaux de la femme.

1. **Grossesse extra-utérine.** — Plusieurs observations dans la thèse d'Arroyo, 1899.

2. **Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. Kyste intra-ligamentaire pouvant être invoqué comme facteur étiologique. Hématocèle au 5e mois. Laparotomie. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

3. **Grossesse extra-utérine.** — *Société de chirurgie*. Rapport par M. Routier, 21 mars 1900.

Parmi les observations fournies à M. Arroyo, il en est une d'avortement tubaire incontestable, au point qu'après avoir débarrassé

la trompe des caillots qui l'entouraient je n'ai pas cru devoir en faire l'extirpation.

Dans les observations que j'ai communiquées à la Société anatomique et à la Société de chirurgie, la présence d'un kyste dans l'aileron de la trompe pouvait être considérée comme un obstacle à la migration de l'ovule et une cause de l'ectopie.

Le kyste obstruant le Douglas, il en était résulté que dans ces deux cas les caillots s'étaient accumulés au-dessus de l'utérus, dans l'abdomen ; la cavité de Douglas n'en contenait point.

Dans un de ces cas la grossesse était tubo-interstitielle, et il avait fallu pratiquer au cours de l'opération une véritable résection de la corne utérine. Cette dernière malade put être présentée à la Société de chirurgie vingt jours après l'intervention, pratiquée pourtant la femme presque mourante.

4. **Fibromes utérins et grossesse tubaire. Rupture de la trompe gravide et inondation péritonéale. Intervention. Guérison** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 novembre 1900.

Ce cas tire son intérêt de la coexistence des tumeurs fibreuses et de la grossesse extra-utérine. Un des fibromes, gros comme une mandarine, était implanté sur la corne utérine gauche, pendant en arrière de la matrice et du ligament large ; il produisait une sorte de coudure de la trompe, et devait obstruer en partie son calibre. Sa présence doit être invoquée comme circonstance étiologique.

Les fibromes ne paraissent avoir subi aucune modification du fait de la grossesse, et cela se conçoit, car ils étaient sous-péritonéaux.

La présence de ces tumeurs créait une réelle difficulté au diagnostic. Mais les signes d'hémorrhagie interne étaient fort nets, et d'autre part la tumeur perçue à la palpation paraissait complètement innocente des accidents présentés par la malade. Il y avait donc lieu d'admettre la coexistence d'une tumeur ancienne et d'une lésion récente surajoutée.

Enfin l'intervention a été, du fait de ces myomes, plus compliquée qu'elle ne l'est ordinairement.

Les laisser, c'était rendre impossible le nettoyage du petit bassin et des fosses iliaques. Leur extirpation a permis de faire une opération infiniment meilleure et pas beaucoup plus longue. S'il avait fallu des manœuvres laborieuses, il eût été certainement préférable de renoncer à en faire l'ablation immédiate. Mais les tumeurs étaient

pour ainsi dire pédiculées, et leur ablation se présentait dans des conditions de simplicité extrême.

5. **Fibromes utérins et grossesse. Hystérectomie abdominale. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 novembre 1900.

L'utérus fibromateux peut malheureusement devenir gravide. Il n'est pas rare que la grossesse, en dépit de ces conditions défavorables, aboutisse à son terme régulier, après une évolution normale. Il n'est pas moins vrai que c'est là une très fâcheuse association, dont les conséquences ont de tout temps préoccupé les chirurgiens et plus encore les accoucheurs.

Cette question autrefois très obscure, s'est grandement simplifiée depuis quelques années. D'une manière générale il convient d'attendre, de n'intervenir que si l'on prévoit quelque complication prochaine, ou pour l'avenir une dystocie assurée.

Quand le danger est évident, qu'il soit prochain ou éloigné, il faut faire le nécessaire, attendu que nous pouvons aujourd'hui le faire avec sécurité.

C'est évidemment la solution idéale que celle qui consiste à extirper la ou les tumeurs sans ouvrir la cavité utérine, en laissant le fœtus avec l'espoir de voir la grossesse continuer son évolution. Toutefois, il faut grandement réfléchir avant d'entreprendre la myomectomie sur l'utérus gravide.

Si l'opération conservatrice doit être laborieuse, pénible, sanglante, elle manque son but : elle est dangereuse pour la mère et fatale au fœtus. Il vaut mieux alors recourir à ce pis-aller qui est la suppression de l'utérus gravide. Il serait mauvais d'en prendre la décision formelle, avant d'avoir fait la laparotomie, et vérifié *de visu* l'état des parties.

6. **Volumineux fibrome suppuré de l'utérus chez une femme de 67 ans. Hystérectomie abdominale. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 octobre 1900.

Les fibromes sont communs, la matrice souvent infectée, et pourtant la suppuration des fibromes très rare. De fait, en dehors de la puerpéralité, il est absolument exceptionnel de voir un fibrome interstitiel s'infecter et suppurer.

L'ablation de l'utérus infecté par la voie haute m'a donné un succès presque inespéré, dans un cas des plus défavorables.

L'opération par l'abdomen nous a permis de nous mettre complètement à l'abri du pus ; contenant et contenu ont été enlevés du même coup. Il n'y a pas eu de contact septique.

En outre, l'intervention a pu être rapidement menée, et cette célérité, bien difficile par la voie vaginale, a augmenté les chances de guérison. L'hystérectomie abdominale paraît présenter d'incontestables avantages dans les cas de ce genre.

7. **Inversion de l'utérus par une tumeur sarcomateuse occupant le fond de la cavité utérine.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 9 mars 1900.

Une tumeur du volume d'une orange faisait saillie, hors de la vulve, entre les lèvres intactes et simplement écartées. Sa surface était grisâtre, humide, suintante, couverte de détritus sphacéliques et saignait au moindre contact. Le doigt introduit dans le vagin avec une certaine difficulté, sentait un pédicule, sorte de colonne cylindrique occupant l'axe du vagin et supportant la tumeur extériorisée, comme la tige d'un champignon supporte la partie étalée.

Je fis la section du pédicule, aussi haut que je crus pouvoir me le permettre sans danger pour la vessie. Au centre de la tige était un canal séreux. C'était le péritoine invaginé. La partie enlevée représentait le fond et le corps de l'utérus, la tumeur étant implantée sur la surface muqueuse.

Le pédicule que l'on sentait en examinant la malade n'était pas le véritable pédicule de la tumeur, presque sessile par rapport à la paroi utérine : c'était l'utérus lui-même très allongé. La pièce comprend le corps utérin tout entier, avec d'un côté sa face muqueuse tournée à l'envers, de l'autre sa surface séreuse retournée. La tumeur est un sarcome fuso-cellulaire. Le tissu utérin paraît normal dans la plus grande partie de son étendue. Au niveau du point d'implantation, la paroi utérine n'est même pas envahie dans toute son épaisseur.

8. **Grand kyste de l'aileron de la trompe.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 2 octobre 1903.

9. **Torsion du pédicule dans deux cas de kyste de l'ovaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 26 octobre 1900.

Dans le premier la torsion du kyste a entraîné une occlusion in-

testinale, par enclavement de la tumeur dans le bassin et compression du côlon entre elle et la paroi pelvienne. En dépit d'une laparotomie trop tardive, la mort a été la conséquence de cette complication.

L'autre cas a été plus heureux. L'ovariotomie, pratiquée dans de bonnes conditions, a eu ses suites habituelles et la malade a été parfaitement rétablie en trois semaines.

Le seul point sur lequel je voudrais insister, à propos de cette malade dont l'histoire est classique, c'est la présence au milieu de la spire du pédicule d'une tumeur grosse comme une noix formée par une grosse veine thrombosée. Cette veine décrit plusieurs anses juxtaposées et pelotonnées, remplies d'un caillot déjà ancien, mais encore rougeâtre.

10. **Kyste de l'ovaire à pédicule tordu.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 13 juin 1902.

11. **Torsion du pédicule d'un kyste ovarien pendant la grossesse.**— *Bulletins de la Société anatomique*, 3 octobre 1902.

La torsion du kyste avait entraîné une occlusion intestinale par compression de l'angle iléo-cæcal. Le siège de la douleur ayant fait penser à une appendicite, ce fut par une incision sur le bord externe du droit que l'ovariotomie fut pratiquée, et l'intestin libéré.

La femme était enceinte de trois mois. Elle avorta. Survint ensuite une parotidite double, qui se termina des deux côtés par résolution.

12. **De l'ablation esthétique des kystes de l'ovaire.**— *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1902.

13. **Épingle à cheveux dans la matrice.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1893, et Th. de Carabès, Paris, 1894.

14. **Corps étranger de l'utérus (éponge).** — *Bulletins de la Société anatomique*, 14 janvier 1901.

15. **Corps étranger du vagin chez une petite fille de trois ans.** *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

16. **Ligatures dites atrophiantes pratiquées pour cancer inopérable de l'utérus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.

17. **Cancer du col développé sur un utérus fibromateux, au contact d'un pessaire oublié dans le vagin, chez une femme ayant déjà subi l'ovariotomie.**— *Bulletins de la Société anatomique*, 9 mars 1900.

18. **Hystérectomie vaginale pour prolapsus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1894.

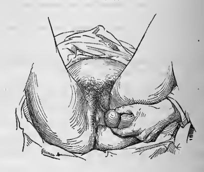
19. **Epithélioma de la vulve, point de départ d'accidents phlegmoneux graves.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

Un phlegmon à marche rapide et grave a eu pour point de départ un minuscule épithélioma dont l'existence n'a pu être affirmée d'une façon précise qu'après guérison des accidents inflammatoires.

20. **Cancer de la vulve.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 décembre 1900.

21. **Deux cas de molluscum de la grande lèvre.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1898.

22. **Kyste de la petite lèvre.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 mars 1902.



23. A. **Sarcome de la paroi recto-vaginale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1898.

B. Sarcome du vagin. — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 décembre 1900.

La propagation s'est faite surtout de proche en proche dans l'épaisseur du vagin, respectant pendant longtemps le rectum et laissant la muqueuse rectale non ulcérée encore au moment où la malade a succombé. L'intégrité des ganglions pelviens était complète.

La plupart des cas publiés, d'ailleurs très rares, concernent des sujets jeunes, généralement même des enfants, de toutes petites filles. Chez cette femme, le début de la maladie a été exceptionnellement tardif, 59 ans.

Au point de vue anatomo-pathologique il faut remarquer, entre autres détails : la pigmentation du tissu néoplasique. M. Cornil a fait remarquer que ce phénomène se produit assez facilement dans les tumeurs de cet ordre développées dans l'appareil génital féminin. L'abondance des vaisseaux, les capillaires de nouvelle formation expliquent l'abondance des petits foyers d'hémorrhagie interstitielle.

Pourtant, malgré l'abondance de cette vascularisation, ce cas a été remarquable au point de vue clinique par le petit nombre, la faible abondance et la courte durée des hémorrhagies. L'écoulement qui se faisait d'une manière continue, à la surface ulcérée du néoplasme était un liquide séro-gommeux qui, imbibant le linge, le laissait comme *empesé*.

Les troubles du côté de la vessie ont été peu accentués ; mais, par contre, la gêne de la défécation était extrême dans les derniers temps, le rectum étant refoulé dans la concavité sacrée, et fortement comprimé.

24. **Hystérectomie sacrée.** — In Th. *Opér. par voie sacrée*, 1894.

17° Rectum. — Périnée.

1. **Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.** Paris, 1894.

La conception opératoire de Kraske était assez séduisante pour être facilement acceptée et mise à l'épreuve par tous les chirurgiens. La voie sacrée fut bientôt appliquée aux affections non cancéreuses

du rectum, à l'extirpation de l'utérus et des annexes, et même au traitement d'autres affections, telles que fistules recto-vaginales, foyers d'appendicite pelvienne. Au moment où j'ai écrit mon mémoire, l'enthousiasme était encore général, ou du moins tous ceux qui avaient écrit récemment sur ce sujet semblaient accorder une pleine confiance à la méthode.

J'ai entrepris l'étude de la question et l'ai comprise d'une façon un peu minutieuse peut-être, mais très complète. L'historique, l'examen critique des divers procédés, la discussion des indications ont fait l'objet de longues recherches. Un grand nombre d'expériences ont été pratiquées sur les animaux. D'autre part, et c'était bien là le plus important, d'anciens opérés ont été recherchés, retrouvés, examinés soigneusement au point de vue des suites éloignées. Or, utilisant ces documents divers, j'ai pu établir que les résultats étaient bien loin de répondre aux espérances que l'on avait cru pouvoir fonder sur la méthode, que la mortalité immédiate était considérable, les suites éloignées souvent médiocres, parfois désastreuses, et que les succès étaient bien rares, trop rares pour balancer de si nombreux revers.

Voici quelques-unes de mes conclusions :

Les suites de l'opération de Kraske sont jusqu'à présent décourageantes, la mortalité immédiate, énorme. Les accidents graves postopératoires s'observent fréquemment. Les cas qui guérissent par première intention constituent une exception très rare. Les complications plus ou moins éloignées sont presque la règle et la récidive se produit généralement au bout de peu de temps.

On ne rencontre presque jamais un ancien opéré chez lequel l'appareil sphinctérien fonctionne normalement.

Cherchant les causes de si fréquentes catastrophes ou de résultats opératoires imparfaits, j'ai montré le rôle de l'infection et insisté : 1° sur l'importance du traitement préalable et de l'antisepsie intestinale ; 2° sur la nécessité de ne point réunir complètement, mais au contraire de drainer très largement la plaie extérieure ; 3° sur la manière d'assurer la réunion des bouts intestinaux, réunion pour laquelle j'ai été amené à conseiller un mode spécial de suture.

J'ai signalé en outre les inconvénients de tous les procédés qui sacrifiaient avec une trop grande étendue de sacrum, les nerfs allant au releveur de l'anus et au sphincter, les modifications qui en résultaient au point de vue de la continence des matières et des suites éloignées.

La conclusion était à cet égard que pour ne léser aucun nerf important, aucune artère sérieuse, ne détruire aucune fibre des ligaments sacro-sciatiques, ne pas toucher au releveur, il n'y avait qu'un moyen : fendre la paroi pelvienne postérieure sur la ligne médiane en traversant successivement la peau et le squelette, et s'arranger de manière à ne pas remonter au-dessus du 3e trou sacré.

Il était très important dès lors de préciser à nouveau les indications. A cette époque, on avait proposé d'agir par cette voie pour une foule d'affections. Prenant successivement ces différents cas, et les soumettant à une longue critique, j'ai dû repousser l'emploi de la voie sacrée dans la plupart ou ne l'admettre qu'à titre absolument exceptionnel, en particulier dans le traitement des rétrécissements non cancéreux du rectum. Actuellement cette proposition ne supporte point la discussion. Il n'en était pas de même en 1893. De même pour les cancers du rectum, j'ai dû limiter à ceux qui étaient petits et mobiles, les indications de l'opération de Kraske. Je ne peux pas m'empêcher de croire que ce travail n'ait contribué à diminuer beaucoup la faveur dont jouissait alors la voie sacrée. Peut-être cette réaction a-t-elle dépassé la mesure ; et dans les limites restreintes où je l'admettais, la méthode me paraît encore utile et moins grave que d'autres procédés récemment préconisés. Les conclusions suivantes sont encore valables :

La suppression du coccyx et d'une petite portion du sacrum permet de pénétrer très largement dans le bassin et en particulier d'atteindre des parties très élevées du rectum.

Pour les cancers situés à une petite distance au-dessus de l'anus, il faut renoncer à la voie sacrée. Leur extirpation peut être pratiquée par les voies naturelles ou par la voie périnéale.

Les indications de l'opération de Kraske pour cancer, doivent être extrêmement limitées à cause des très mauvais résultats qu'elle donne toutes les fois que le cas n'est pas simple et facile.

Il ne faut s'adresser à la voie sacrée que pour des cancers haut situés, commençant à 8 ou 9 centimètres de l'anus et petits et mobiles.

Il faut, plusieurs jours avant l'opération, s'occuper de l'antisepsie du tube digestif et du rectum en particulier et apporter des soins scrupuleux dans ce traitement préliminaire.

Il est indispensable, pour éviter des suites opératoires fâcheuses, de réduire au minimum les délabrements pelviens, de ne compromettre en aucune façon les muscles releveurs de l'anus, les nerfs de la quatrième et de la troisième paire sacrée. On arrive à ce résultat par

la section médiane postérieure du squelette et des parties molles.

Il faut adopter aussi un mode de suture qui mette plus sûrement que les anciens procédés à l'abri des infiltrations stercorales. La conservation de deux manchettes musculeuse et muqueuse, l'une sur le bout supérieur, l'autre sur le bout inférieur, plaçant à des niveaux différents les deux plans de suture, paraît donner des résultats satisfaisants à ce point de vue, au moins chez les animaux en expérience.

Accessoirement, j'ai dû envisager diverses questions telles que celles de l'anus artificiel préliminaire et celles des sphincters artificiels. Pour l'anus dérivatif que préconisaient alors MM. Polosson, Schede, Heinecke, Demons, Chaput, j'ai, après longue discussion, lecture attentive des observations, et expériences, pensé qu'on pouvait et qu'il valait même mieux s'en passer dans la plupart des cas, mais que si on adoptait cette pratique très défendable, il était meilleur de créer l'anus plusieurs jours avant l'intervention sacrée. Cette conduite semblait devoir être adoptée, surtout dans les cas exceptionnels où l'on croirait devoir opérer pour un rétrécissement non cancéreux.

Willems et Gersuny avaient proposé, pour remédier à l'incontinence fécale, de créer des sphincters artificiels. Les conséquences de cet acte complémentaire des ablations du rectum eussent été considérables si le succès avait répondu à ces tentatives. J'ai donc repris cette question expérimentalement et si ce travail de critique m'a conduit à louer l'ingéniosité de ces auteurs, j'ai dû considérer les restaurations fonctionnelles qu'ils annonçaient comme encore hypothétiques et improbables. Cependant il y aurait à faire dans ce sens de nouvelles recherches et de meilleures tentatives.

2° Cancer de l'ampoule rectale. Opération de Kraske. Mort six mois après par généralisation sans récidive locale. — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1898 (Mauclaire et Morestin).

3. Traitement des grands prolapsus du rectum. — *Bulletins de la Société anatomique*, 10 janvier 1902.

Notre but est d'indiquer, après Ludloff, un procédé applicable à certains cas, aussi défavorables qu'exceptionnels, auxquels on ne peut opposer qu'une grosse intervention.

1° Le côlon pelvien est court. Section transversale de l'intestin ; implantation du bout supérieur le plus bas possible sur l'inférieur et sur le côté gauche. Puis fermeture de l'extrémité libre du bout su-

périeur, et fixation de ce bout à la paroi, fixation solide, étendue, bien établie. On peut admettre que ce bout déshabité de l'intestin subira une atrophie, une transformation scléreuse, qui en fera un parfait organe de suspension.

2° Le côlon pelvien est long. Sans couper l'intestin, établir une large anastomose côlocolique entre les deux jambes de l'Oméga. Le circuit inutilisé s'atrophiera par la suite. Il convient ensuite de faire une pexie très soigneuse, en plissant l'intestin exclu, et en l'attachant très minutieusement et très largement à la paroi.

Il s'agit d'opérations assez sérieuses applicables aux seuls cas graves, aux prolapsus, volumineux et très gênants, et surtout après insuccès des autres méthodes. Depuis quelques années cependant, la chirurgie intestinale fait de grands progrès ; chez un sujet non cachectique, et avec les précautions actuellement courantes, en s'aidant du plan incliné, en drainant le péritoine si l'on suspecte la moindre souillure, une entéro-anastomose n'est plus un acte opératoire bien hasardeux.

4. **Lipome du périnée.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.



5. **Tuberculose verruqueuse péri-anale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 19 avril 1902.

18° Bassin.

1. **Psoïtis.** — Deux observations. Th. Petit, Paris, 1898-1899.

2. **Des formes bénignes de psoïtis.** — *Congrès de médecine*, août 1900.

Les formes bénignes du psoïtis sont virtuellement admises par les auteurs classiques, mais comme à regret, et leur mention est entourée de réserves telles que dans la pratique on ne s'attend guère à les rencontrer.

En fait, le pronostic de la maladie est considéré comme très sombre et même presque fatal. Cette impression pessimiste n'était que trop justifiée autrefois. Mais le pronostic s'est grandement amélioré pour différentes raisons. Certaines confusions ont cessé entre la psoïtis et les affections voisines (suppurations péri-cæcales, etc.). Le traitement est plus précoce et mieux compris.

Les soins que l'on donne aux accouchées contribuent à rendre les infections moins graves. Dans l'espèce, on a souvent mis au passif de la psoïte une infection générale dont elle n'était qu'une localisation. Bref, la guérison peut être obtenue, surtout dans les cas observés en dehors de la puerpéralité. Les deux observations mentionnées plus haut (Th. de Petit) viennent entre autres à l'appui de cette proposition.

Mais j'ai en outre insisté sur les formes franchement bénignes, auxquelles appartenaient deux cas que j'ai pu recueillir à l'hôpital Saint-Louis.

Dans l'un il s'est formé lentement un abcès du psoas, non seulement sans phénomènes inquiétants, mais sans trouble bien apparent de la santé générale.

Une simple incision a amené la guérison ; encore fut-elle tardivement pratiquée, car la malade se refusa d'abord à toute opération.

Cette observation, en elle-même fort simple, tire précisément son intérêt de la pauvreté des symptômes déterminés par la suppuration, de son évolution tranquille et sans retentissement sur la santé générale, de sa guérison par les soins les plus sommaires.

Il existe donc une forme de psoïtis dans laquelle l'abcès évolue avec une bénignité remarquable.

Mais il y a plus, et la guérison peut survenir par résolution complète, alors même que la lésion est bilatérale, l'envahissement simultané ou successif des deux côtés ayant toujours été pourtant considéré comme une circonstance aggravante. C'est ce que prouve ma seconde observation.

Dans les formes bénignes dont nous nous occupons, les moyens les plus élémentaires suffisent à procurer la guérison.

3. **Streptococcie d'origine puerpérale. Abcès latéro-pelvien. Psoïtis consécutif.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1900.

On sait combien sont rares les autopsies qui permettent d'étudier utilement la pathogénie des psoïtis d'origine puerpérale. Les cas sont trop complexes, la maladie trop ancienne, ou les lésions trop étendues pour qu'on puisse élucider facilement ces questions obscures. Celui-ci est susceptible d'apporter à cet égard quelques éclaircissements. Les principaux accidents reconnaissaient pour cause la présence sur les parois du bassin de deux abcès d'une variété très exceptionnelle.

Or, comment expliquer la présence en ces points symétriques de la cavité pelvienne de deux collections indépendantes des os, des muscles, des viscères environnants ? Cela est facile si l'on se souvient qu'il existe en ces points des ganglions lymphatiques du groupe iliaque interne. Comme ces ganglions reçoivent les principaux lymphatiques de l'utérus, ceux qui accompagnent l'artère utérine, leur infection s'explique très aisément.

Je pense donc qu'il s'agissait d'adéno-phlegmons iliaques internes, avec propagation secondaire de l'inflammation au muscle psoas.

On admet un grand nombre de psoïtis consécutifs à des affections de voisinage, phlegmons périnéphritiques, appendicite, phlegmon du ligament large. Mais, dans le cas particulier, au point de vue clinique, on ne pouvait considérer la maladie comme secondaire. Il y avait les signes classiques du psoïtis, et rien de plus si bien que sans l'autopsie, on n'aurait conservé aucun doute sur l'existence d'un psoïtis primitif ; que si les lésions avaient été plus étendues, le corps charnu du muscle plus complètement détruit, on n'aurait non plus élevé aucun soupçon sur le siège primitif de la suppuration dans l'épaisseur du psoas.

Il est permis de supposer que la pathogénie mise en évidence par la dissection de cette pièce s'applique à un grand nombre de cas analogues.

4. **Sarcome du bassin. Désarticulation inter-ilio abdominale.**
Bulletins de Société anatomique, octobre 1902.



5. **Désarticulation inter-ilio abdominale et amputation intra-iliaque.** — *Archives générales de médecine*, 1903.

C'est à rechercher dans quelle mesure l amputation intra-iliaque peut être substituée à l'inter-ilio-abdominale qu'est consacrée cette étude.

Parmi les chirurgiens qui ont pratiqué l'inter-ilio-abdominale, quelques-uns n'ont pas enlevé exactement tout l'os iliaque, laissant par exemple le pubis, dans un but de commodité opératoire, dans celui de conserver certaines insertions musculaires.

On doit aller plus loin dans cette voie, et systématiquement conserver tout ce qui se pourra de l'armature pelvienne. Ainsi dans mon cas, on aurait pu faire une opération satisfaisante, en sectionnant, d'une part la branche horizontale du pubis à la partie externe du trou sous-pubien, l'ischion d'autre part transversalement au-dessous de la cavité cotyloïde ; en troisième lieu l'ilion verticalement, de la crête à la grande échancrure sciatique.

Dans l'état actuel des choses, l'opération sous sa forme typique, ne doit être tentée que d'une facon exceptionnelle. Il convient de

limiter autant que possible la brèche faite au squelette du bassin et même, pour atténuer encore la gravité du traumatisme pelvien, d'agir en deux temps, quand la nature des lésions permet ce dédoublement.

Parmi les opérations qui peuvent prendre la place de l'inter-ilio-abdominale typique, il y a lieu de songer particulièrement à l'ablation du membre inférieur suivie de la résection ilio-cotyloïdienne. Pour exécuter cette amputation *intra-iliaque*, un procédé recommandable paraît être celui qui utiliserait une raquette à queue supéro-externe ou externe, selon les cas, la désarticulation préalable du membre, la section à la scie de Gigli ou avec la scie à chaîne, des trois ponts osseux précités, l'hémostase se faisant d'ailleurs sans ligature préalable.

6. **Fracture ancienne du bassin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

7. **Fracture ancienne de la crête iliaque.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1896.

8. **Fracture du bassin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1897.

Outre une fracture du sacrum, il existait quatre traits verticaux, plus une disjonction des deux sacro-iliaques ; et une des fractures antérieures était exposée.

9. **Fracture du calcanéum, du bassin, du rachis et des côtes.** *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1899.

Ce cas établit nettement que la fracture double verticale peut être obtenue par choc cotyloïdien à la suite d'une chute sur les pieds.

10. **Fracture du bassin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 26 juillet 1901.

11. **Fracture du bassin.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 6 décembre 1901.

12. **Triple fracture du bassin et disjonction d'une des symphyses sacro-iliaques. Déchirure du périnée postérieur.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1901.

Les lésions des *parties molles* étaient particulièrement intéressan-

tes par. *a*) l'aspect assez singulier du foyer pelvien, la plupart des vaisseaux étaient isolés dans le tissu cellulaire dissocié; *b*) la déchirure tégumentaire occupant la ligne médiane au-devant de l'anus.

a) Cette dilacération et l'isolement des vaisseaux paraissent résulter: 1° de l'écartement des os iliaques; 2° des déplacements du sacrum, susceptible de se porter directement d'arrière en avant, de basculer. Les vaisseaux et nerfs, plus résistants, plus extensibles, ont résisté.

b) La déchirure cutanée n'est pas le fait d'un fragment osseux. Elle ne résulte pas davantage d'un éclatement par excès de pression. Notons en effet que la vessie pleine ne s'est ni rompue, ni vidée, que le rectum distendu par des matières fécales ne les a pas expulsées et n'a subi lui-même aucune rupture. Les téguments ont cédé comme les autres parties molles sous l'influence d'une traction excessive amenée par l'écartement énorme des ischions.

13. **La bande de Maissiat et la fracture de l'aile iliaque.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1901.

Parmi les fractures partielles du bassin, il en est une qui offre une physionomie bien particulière. Le trait de fracture détache une partie de la crête et de l'aile iliaques. Il commence en arrière du puissant tubercule où s'insèrent les principales fibres de la bande de Maissiat et descend, pour finir entre les deux épines iliaques antérieures.

Cette fracture est généralement attribuée à une cause directe. Elle résulterait d'un choc violent appliqué sur la crête iliaque. Sans aucun doute, les choses se passent ainsi dans un certain nombre de cas; On remarque cependant tout d'abord que la disposition anatomo-pathologique est à peu près constante dans les cas dont nous nous occupons. Il est un peu déconcertant, avec la théorie admise, que des traumatismes agissant dans des conditions diverses, très inégaux en intensité, et en direction, aient pour conséquence une solution de continuité à peu près toujours la même. A la réflexion une autre remarque vient encore accentuer ce doute. C'est que la crête iliaque n'est guère exposée aux traumatismes, assez forts pour la rompre, pas assez pour briser le bassin. L'interrogatoire et les traces antérieures de l'accident n'établissent nullement en général que le choc ait porté sur le point précis où son application eût été nécessaire pour déterminer la fracture.

Expérimentalement il est par contre très aisé de déterminer avec

précision des chocs de violence graduée sur la crête iliaque. Que donnent ces expériences ? En frappant de dehors en dedans avec une bûche, un maillet, un battoir, on brise cette crête. Mais les fragments sont très irréguliers ; leur nombre, leur forme, la direction des traits ne rappellent en rien le plus souvent ce que l'on observe d'une façon si nette, et à peu près constante sur les pièces anatomo-pathologiques.

Faut-il alors faire intervenir un autre mécanisme ? Quelques auteurs ont admis pour certains cas très spéciaux, et à titre exceptionnel, l'arrachement par action musculaire, et ce rôle a été dévolu tantôt aux muscles de la paroi abdominale, tantôt aux fessiers.

Il suffit de se remémorer l'insertion de ces muscles, pour avoir la conviction qu'il leur est absolument impossible en aucun cas d'arracher tout ou partie de l'os iliaque.

Seule la bandelette de Maissiat peut produire cet arrachement dans un mouvement d'adduction brusque. Elle s'insère à un large tubercule ; l'os iliaque est concave en dehors à ce niveau, l'espèce d'arc-boutant qui va de la cotyloïde à ce tubercule se brise et le trait de fracture s'étend en avant et en arrière dans le sens des résistances moindres. Cette bande, d'une solidité à toute épreuve, trouve sur le grand trochanter un appui ; les contractions du grand et du moyen fessier et du tenseur l'empêchent de glisser en avant ou en arrière de cette saillie.

Dans l'adduction du membre inférieur, elle agit comme ferait un levier interrésistant, et combien puissant ce levier dont le bras inférieur s'étend depuis le grand trochanter jusqu'au tibia ; quand l'adduction dépasse violemment la limite physiologique, la bande étant fixée par les contractions musculaires, la traction exercée sur la crête iliaque représente une force considérable, suffisante pour produire l'arrachement d'un large fragment osseux.

19° Squelette des membres.

1. **Résection des deux tiers internes de la clavicule pour difformité causée par un cal saillant et une luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, le 1er juin 1898. Rapport de M. Richelot, 28 juin 1899.





2. Fracture-luxation de l'extrémité interne de la clavicule ; déplacement sus-épineux irréductible du fragment long formé par l'os presque tout entier ; opération après trois mois ; guérison. — *Revue d'Orthopédie*, 1900.

Il s'agissait d'une fracture juxta-articulaire, mais tellement voisine de l'articulation acromio-claviculaire et présentant d'une manière si complète les signes d'une luxation, qu'il était impossible de ne pas faire ce diagnostic. Passant à travers le trapèze, l'os s'était placé au-dessus de l'épine de l'omoplate, simulant une luxation sus-épineuse de la clavicule. La mensuration ne permettait pas de noter à l'examen du malade une différence de longueur. Cette constatation, rapprochée des autres signes de la lésion, en faisait cliniquement une luxation. C'est pourquoi j'ai cru pouvoir la désigner par ce nom de fracture-luxation.

3. Pseudarthrose de la clavicule. — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1896.

4. Fracture du col chirurgical de l'omoplate. — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

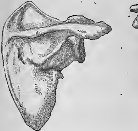


Fig. 1.



Fig. 2.

5. **Fracture ancienne de l'omoplate.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1896.





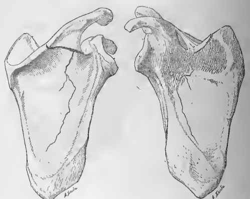
6. **Fracture ancienne de l'omoplate** (2e cas). — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1896.

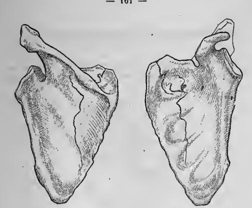


7. **Fracture longitudinale incomplète de l'omoplate. Félure de l'acromion.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, p. 30.

8. **Fracture longitudinale incomplète de l'omoplate.** *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.

9. **La fracture longitudinale incomplète de l'omoplate.** *Presse médicale*, 1896.





10. **Fracture de l'omoplate.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1902.

11. **Fracture de l'omoplate et de l'extrémité interne de la clavicule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1898.

12. **Fracture de l'olécrâne accompagnée de troubles nerveux.** Th. Gamet, 1899.

13. **Traitement des fractures du membre supérieur.** — *Congrès de Bruxelles*, septembre 1902.

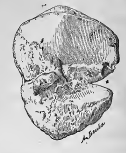
Après m'être élevé contre la doctrine du traitement opératoire des fractures fermées récentes, méthode vantée à ce congrès par M. Tuffier et d'autres chirurgiens, j'insiste sur l'importance de l'extension continue appliquée aux fractures du membre supérieur, soit par les poids, soit par les bandes élastiques. Je signale aussi l'indication de réséquer ou niveler certains cals formant des saillies disgracieuses.

14. **Ancienne fracture sous-trochantérienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1895.

15. **Fracture de cuisse et rupture de la poplitée.** — *Société anatomique*, 28 février 1902.

16. **Fracture ancienne de la rotule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897.

Exemple de consolidation osseuse. — Les deux fragments sont unis l'un à l'autre par un cal osseux, un peu irrégulier, haut de



1 centimètre, occupant en largeur à peu près les 4/5 de la rotule. Ce cas doit rentrer dans le type 1 de Chaput.

17. **Traumatisme du cou-de-pied. Fractures du péroné, de la malléole interne, du calcanéum. Rupture des artères plantaires. Sphacèle étendu des téguments. Amputation de jambe.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 13 avril 1900.

18. **Fractures de Dupuytren** (Opérations pour cals vicieux). Th. Ménier, 1899-1900.

19. **Fracture de Dupuytren.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 13 juin 1902.

Cette pièce était des plus démonstratives au sujet du fragment tibial postérieur, qui joue un rôle si important dans l'irréductibilité et les difformités consécutives. Ses caractères ne permettent pas d'admettre que la lésion se produise par abduction pure et simple. Elle résultait plus vraisemblablement dans ce cas d'un mouvement de torsion du pied de dedans en dehors.

20. **Fracture de l'apophyse externe de l'astragale** — *Bulletins de la Société anatomique*, 24 janvier 1902.



21. **Deux cas de fracture du calcanéum par écrasement.** *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

22. **Trois cas de fracture du calcanéum.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1894.

Sur deux de ces pièces, nous remarquons que : 1° la partie externe de la surface articulaire postérieure a basculé pour s'enfoncer par sa partie antérieure dans le tissu spongieux.

2° Le fragment interne formé par la moitié interne de la facette articulaire postérieure, la petite apophyse, la longue bande compacte sous-jacente, se déplace en dedans et en bas et comble le canal calcanéen.

Ces dispositions se retrouvent sur un certain nombre d'autres pièces examinées par nous, et en particulier sur les deux précédemment mentionnées.

Le 3e cas est bien plus curieux. Les deux tubérosités postérieures ont été détachées par une fracture transversale divisant horizontalement la partie postérieure du calcanéum, et elles ont été transportées en avant.

C'est une lésion fort ancienne qui peut-être remonte à l'enfance. Elle doit être considérée comme une fracture par arrachement.

« Il y a ici une épiphyse spongieuse à laquelle s'attache en haut le tendon d'Achille, en avant les aponévroses et les muscles de la plante du pied. Il n'y a rien d'illogique à supposer que cette épi-

physe se soit partagée en deux au moment d'une violente traction exercée par ces muscles et aponévroses et que la partie inférieure ait été entraînée en avant par la force qui l'a détachée. »

23. Traitement opératoire de l'écrasement du calcanéum.

Bulletins de la Société anatomique, février 1894.

La fracture du calcanéum par écrasement ne comporte dans la très grande majorité des cas aucune indication opératoire, la plupart des malades atteints de cette lésion guérissant au prix d'une difformité légère.

A quelques cas notoirement défavorables, à eux seulement, peuvent s'appliquer des interventions sanglantes destinées soit à remédier à l'impotence du pied, soit à la prévenir. On doit envisager le traitement opératoire de l'écrasement du calcanéum, sous deux aspects, suivant qu'il s'agit de fractures récentes, ou de lésions anciennes.

Certaines fractures comminutives du calcanéum déterminent un affaissement très prononcé de la voûte, un élargissement considérable de la région sous-malléolaire, l'effacement des gouttières rétro-malléolaires et surtout un valgus prononcé. Si l'on ne peut obtenir par manœuvres externes la correction au moins partielle de la difformité et surtout du valgus, la perspective de troubles certains de la marche et de douleurs tenaces crée une indication ; la correction sera obtenue par une intervention, et ne pourra l'être qu'à ce prix. Une fracture compliquée rendrait l'indication plus nette encore. Il n'est pas question de coaptation exacte, de réduction précise, bien moins encore de fixation par des chevilles ou des sutures. Il est nécessaire, mais suffisant, de ramener le pied en bonne attitude et de lui restituer sa forme.

Or l'écrasement du calcanéum ne se fait point au hasard. La partie postérieure de l'os est à peu près respectée, de même que l'apophyse cuboïdienne. Le sustentaculum tali s'est déplacé en dedans, entraînant une portion plus ou moins étendue de la table interne de l'os. La portion centrale s'est effondrée. La partie externe et antérieure de la grande facette articulaire a pénétré dans le tissu spongieux, poussée par l'apophyse externe de l'astragale, exécutant même un mouvement de hascule de haut en bas et d'arrière en avant. Aborder le calcanéum par sa face externe, en passant soit au-dessus, soit mieux au-dessous des péroniers, par une incision curviligne sous-malléolo-dorsale, ou par une incision suivant le bord externe

de la plante du pied dans la région du talon, ou même encore par une incision interne si les circonstances la justifient, pénétrer dans le centre spongieux et affaissé, extraire les fragments enfoncés, écarter, redresser, desserrer les autres, et à la faveur de la mobilité ainsi obtenue, remettre le pied en bonne attitude, drainer enfin ce foyer après l'avoir bien nettoyé et vidé, est une opération simple, efficace et sans danger en milieu aseptique.

Mais le mal est fait, la lésion ancienne, le pied fixé dans un valgus irréductible, sa plante effacée, et le malade condamné à une marche défectueuse, à la claudication et aux souffrances, on peut encore agir utilement. La formule opératoire est de faire dans le tarse postérieur une brèche assez grande pour que le pied, rendu ballant, puisse être remis en bonne place. Ici encore c'est un évidement du calcanéum, ou du moins de sa partie centrale, qui permettra ce modelage du pied.

On sera amené parfois à faire tout d'abord le sacrifice d'une partie de l'astragale, afin de faciliter les manœuvres sur le calcanéum, ou secondairement pour obtenir une correction meilleure et une mobilité plus grande du pied.

24. **Écrasement du pied. Disjonction de l'interligne de Lisfrane. Fracture de l'épiphyse calcanéenne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juillet 1900.

L'épiphyse s'est brisée transversalement à sa partie moyenne. La moitié postérieure est restée attachée au calcanéum, dont la sépare encore le cartilage de conjugaison ; l'antérieure, comprenant les tubérosités, s'est déplacée en avant, entraînée par les muscles. Il semble que l'on doive faire, dans le mécanisme de cette lésion, une certaine part à l'arrachement, arrachement produit par l'hypertension et la traction brusque des muscles et aponévroses plantaires au moment du choc.

C'est une fracture d'une rareté extrême. Sur une des pièces étudiées dans un travail précédemment cité, pièce pour ainsi dire unique, on voyait la même lésion à l'état ancien. Les tubérosités transportées en avant s'étaient soudées à la face inférieure de l'os.

Celle-ci montre l'état des choses dans le stade initial. Elle établit le bien fondé de l'interprétation que j'avais fournie pour la pièce ancienne.

25. **Fracture de l'astragale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 8 décembre 1899.

L'astragale séparé en deux, la partie antérieure a été entraînée en avant et en dedans : le corps l'eût suivi forcément, si en même temps que se produisait la fracture, il n'y avait eu rupture des ligaments inter-osseux Le pied s'est donc déplacé en avant dans sa totalité. C'eût été une luxation tibio-tarsienne, si le corps de l'astragale avait suivi le mouvement, une sous-astragalienne si la tête était aussi restée en arrière, une énucléation si l'os, au lieu de se briser au début et de former deux fragments à destinées différentes, avait forcé la fronde des extenseurs.

C'est par une violente adduction et rotation interne du pied que



s'est produite cette fracture. La fronde des extenseurs, ce puissant ligament, tendu par ses insertions d'une part, de l'autre par les tendons extenseurs, a été ici le principal facteur de l'arrachement de la tête astragalienne.

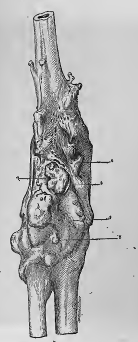
Après son rôle actif dans la pathogénie de la fracture, il faut remarquer le rôle passif de cet appareil ligamenteux, la fracture produite. Engagé entre les deux fragments, interposé entre eux, il rendait impossible le refoulement du pied en arrière et la réduction de l'attitude vicieuse.

26. **Ostéomyélite de l'omoplate.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1891.

27. **Ostéomyélite prolongée de l'extrémité supérieure du fémur.** *Bulletins de la Société anatomique*, 26 juillet 1901.

28. **Exostose de l'extrémité supérieure du fémur. Fracture de l'exostose. Extirpation. Guérison.** — *Union médicale*, 1891.

29. **Exostoses ostéogéniques multiples du fémur, du péroné et du tibia. Fragment d'exostose détaché d'une des masses principales et articulé avec le reste de l'exostose.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1894.



1. Fragment d'exostose détaché de la masse principale et articulé avec le reste de l'exostose. — 2. Synoviale. — 3, 3. Exostoses du tibia et du péroné fusionnées ensemble. — 4. Tendon du demi-membraneux.

30. *a*. **Chondrome de l'humérus. Résection de plus des trois quarts supérieurs de cet os.** — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.

b. **Amputation interscapulo-thoracique, pour chondrome récidivé de l'humérus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 janvier 1900. Présentation à la *Société de chirurgie*, 24 janvier 1900.

Au mois d'octobre 1899, j'ai présenté à la Société anatomique une



tumeur pour laquelle j'avais pratiqué le 21 juillet une résection très étendue de l'humérus. Il s'agissait d'un chondrome. J'avais dû réséquer les trois quarts de l'humérus, n'en laissant guère que l'ex-

trémité inférieure. Ma malade, bien remise de cette opération, avait conservé quelque temps un membre utile. Un appareil engainant le bras comme un cylindre formait un tuteur suffisant pour permettre les mouvements de l'avant-bras.

Mais au commencement de décembre le néoplasme avait récidivé. Je fis l'amputation totale du membre supérieur. Cette femme est encore actuellement dans l'état le plus satisfaisant, sans que rien fasse prévoir une récidive.



Ce cas vient s'ajouter à une série déjà longue de faits analogues pour prouver la bénignité actuelle de l'amputation interscapulo-thoracique.

A un autre point de vue l'observation présente de l'intérêt. On

sait que dans les cas analogues plusieurs chirurgiens ont obtenu des succès durables, par des opérations relativement parcimonieuses, des résections humérales. Avant d'entreprendre une aussi grande mutilation que l'extirpation totale du membre supérieur, on est autorisé dans certains cas à essayer de ces opérations moins graves. Chez cette malade j'y avais été amené d'autant plus volontiers qu'elle se refusait alors d'une manière formelle au sacrifice de son membre supérieur.

31. **Sarcome de l'humérus. Fracture spontanée. Désarticulation de l'épaule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1903.

La fracture spontanée fut la première manifestation de la maladie, l'humérus s'étant brisé pendant que le malade montait dans son lit.



Un gonflement rapidement énorme envahit toute la partie inférieure du bras et la région du coude, en même temps que persistait la mobilité anormale. La tumeur était pulsatile et présentait à l'auscultation un bruit de souffle isochrone aux pulsations artérielles.

La désarticulation de l'épaule fut pratiquée avec succès bien que le malade fût âgé, emphysémateux, obèse et diabétique dans des proportions considérables. Il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. Le canal médullaire de l'humérus était envahi jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Les deux fragments au niveau de la fracture spontanée étaient distants de 3 à 4 centimètres.

32. **Sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Tentative de chirurgie conservatrice rendue inutile par la trop grande étendue des lésions. Désarticulation de la hanche.** — Th. Martine, Paris, 1899.

33. **Sarcome du calcanéum.**— *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

Les os courts sont rarement le siège de tumeurs malignes. Le calcanéum est de beaucoup celui qui est le plus souvent frappé. Cependant les cas publiés, dont je donne les indications dans mon mémoire, n'en sont pas très nombreux.

L'affection débute habituellement au centre du calcanéum, dans le point où le tissu spongieux, largement creusé d'aréoles, est le plus riche en moelle. Ces sarcomes centraux ont une période latente, pendant laquelle ils ne déterminent que d'obscures douleurs, puis ils effondrent la coque compacte et font saillie au dehors.

Le cas que j'ai observé diffère de ces sarcomes centraux. Il a pris naissance à la partie postérieure et superficielle de l'os, au niveau du périoste de la mince épiphyse qui couvre comme d'une croûte la région talonnière du calcanéum. La tumeur a fait relief tout de suite sous les téguments distendus et a rendu bientôt impossible le port d'une chaussure. On est généralement conduit à traiter cette lésion par l'amputation de jambe ou tout au moins par la suppression du tarse postérieur à la manière de Wladimiroff-Mickulicz. Ici l'os n'étant envahi que dans une faible épaisseur, on a pu essayer la résection partielle du calcanéum.

20° **Articulations des membres.**

1. — **Chirurgie générale des articulations.** — Sous presse, chez Doin.

2. **Les entorses.** — *Tribune médicale*, janvier 1904.

3. **Rupture partielle du ligament rotulien.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 11 décembre 1903.

4. **Plaie articulaire du genou par balle de carabine.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 9 octobre 1903.

5. **Les plaies articulaires.** — *Archives générales de médecine*, mars 1904.

6. **Subluxation récidivante du cinquième métatarsien, traitée par l'arthrodèse.** — *Revue d'Orthopédie*, 1899.

Dans un faux mouvement du pied il peut se produire, entre autres variétés d'entorses, une rupture partielle ou complète des ligaments qui unissent le cinquième métatarsien aux os voisins. La mobilité anormale qui en résulte permet au métatarsien de se déplacer en haut sous la moindre influence, de se subluxer, ce qui compromet dans une certaine mesure la statique du pied et par là devient une cause de souffrances. Quand cette lésion n'évolue pas spontanément vers la guérison, une intervention simple et sans danger, l'arthrodèse des articulations qui unissent le cinquième métatarsien aux os voisins, permet d'y remédier de la façon la plus satisfaisante.

7. **Luxation du gros orteil sans déplacement des sésamoïdes.** *Bulletins de la Société anatomique*, février 1894

Tous nos classiques admettent que dans des luxations du gros orteil les choses se passent comme pour le pouce : « les sésamoïdes sont tout, la phalange n'est rien » ; les osselets suivent la phalange et sont la cause principale et unique de l'irréductibilité. Or, précisément chez un malade que j'ai eu l'occasion d'observer et chez lequel,

à la faveur d'une intervention opératoire, j'ai pu étudier de la façon la plus nette l'état de l'articulation lésée, les sésamoïdes n'avaient point suivi la phalange. C'étaient les ligaments phalango-sésamoïdiens qui s'étaient rompus.

8. **Luxation du pouce.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

La radiographie apporte dans l'étude des déplacements articulaires un élément nouveau du plus grand intérêt. La possibilité de conserver et de reproduire ces photographies des luxations est certainement un progrès des plus utiles. Celles des doigts en particulier se présentent dans des conditions parfaites pour la démonstration et l'enseignement. Voici par exemple, la radiographie prise avant les tentatives de réduction et qui reste comme un témoin de la variété et de l'étendue de déplacement. On ne voit ici aucune trace des sésamoïdes. C'est qu'à cet âge ils sont encore cartilagineux. Chez un adulte nous aurions pu avoir immédiatement, sans autre exploration,



la notion importante du rapport des sésamoïdes avec la phalange et avec le métacarpien, ce qui, on le sait, est capital dans les luxations métacarpo-phalangiennes dorsales du pouce.

9. **Luxation du coude compliquée de plaie. Réduction deux jours après l'accident. Arthrite suppurée. Arthrotomie. Hémorrhagie secondaire par ulcération de l'humérale. Ligature de cette artère. Résection du coude Guérison** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

La résection pratiquée dans un foyer en suppuration, loin d'être très grave, est au contraire une opération salutaire, évacuatrice, permettant un drainage large et parfait. Le coude, jointure anfractueuse et complexe, se prête mal au drainage par les simples incisions, et plus qu'aucune autre nécessite des sacrifices osseux quand il est infecté.

Si la vitalité des parois artérielles a été compromise par le traumatisme, il est très probable que l'infection a joué un rôle aussi dans la mortification de la paroi artérielle.

Il y a lieu enfin de noter la bénignité des suites opératoires, alors que la ligature de la principale artère privait le membre d'une bonne partie de ses ressources.

9. **Luxation ancienne du coude, en dehors.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 29 novembre 1901.

10. **Luxation habituelle de la rotule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 décembre 1902.

La luxation *habituelle* de la rotule en dehors est un cas commun des déplacements de cet os. Le cas observé par moi rentre dans cette catégorie. Le traitement rationnel de cette lésion est le plissement capsulaire, selon la technique indiquée par M. Le Dentu en 1894.

11. **Luxation de l'astragale sur le bord interne du pied et écrasement partiel du calcanéum.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 24 janvier 1902.

Entre les luxations sous-astragaliennes marginales, et les énucléations s'accompagnant de rotations transversales, il y a tous les intermédiaires et le présent cas offre une de ces variétés de transition.

La coïncidence d'une fracture du calcanéum est un autre point très intéressant de cette observation, en raison de l'obscurité apportée dans le diagnostic par la superposition de deux lésions.

Dans un cas de luxation récente en dedans, Nélaton a pu réduire

après la résection de la tête de l'astragale ; se bornant à ce sacrifice il a obtenu une guérison complète. J'ai voulu suivre ici son exemple, pour éviter au malade un raccourcissement : Mais 1° il s'agissait d'une luxation ancienne, autrefois infectée, s'accompagnant donc d'adhérences étendues et solides, et de modifications scléreuses du tissu cellulaire tout autour des articulations en cause ; 2° le calcanéum effondré rendait plus difficile une restauration de la statique du pied. J'ai dû en conséquence pratiquer secondairement l'extraction du corps de l'astragale.

La fracture du calcanéum détermine à elle seule l'attitude en valgus ou une tendance au valgus. L'état de cet os a donc certainement contribué à rendre instables les corrections primitivement obtenues.

Les bons résultats de l'astragalectomie sont de règle en pareil cas. L'astragalectomie partielle est à l'étude et il est intéressant d'en connaître la valeur, car il n'est pas indifférent de guérir sans raccourcissement, et avec une meilleure restauration fonctionnelle. L'histoire de notre malade est trop complexe pour permettre de conclure contre, cependant il nous semble que cette pratique est surtout applicable aux cas récents.

Au sujet de ce malade je ferai encore cette remarque, c'est que l'ablation de l'astragale peut suffire à corriger la déviation en valgus résultant des fractures par écrasement du calcanéum, fait démontré par l'observation d'un homme auquel j'ai fait subir une astragalectomie bilatérale pour une fracture des deux calcanéums.

12. Luxation du pied par rotation. Luxation sous-malléolaire externe. — *Bulletins de la Société anatomique,* janvier 1902.

J'ai eu l'occasion d'observer la variété de luxation du pied décrite autrefois par Huguier, sous le nom de luxation par rotation et dont on ne connaît que bien peu d'exemples. Les radiographies ont prouvé que le déplacement s'était produit, sans qu'il y eut la moindre fracture malléolaire.

L'accident était survenu pendant la marche, par simple torsion du pied. Le grand axe du pied était devenu presque transversal, et l'astragale s'était placé au-dessous de la malléole externe.

13. **Luxation du premier métatarsien en dedans, et fracture des 2e et 3e métatarsiens.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1902.

Il y avait une luxation du 1er métatarsien, luxation directe en dedans, s'accompagnant de fracture des 2e et 3e métatarsiens au niveau de leur base. La radiographie montre nettement le retrait du 1er métatarsien, dont la base se trouve maintenant sur le même plan transversal que l'apophyse styloïde du 5e, l'espace qui sépare les deux premiers métatarsiens, et qui représente la largeur du 1er cunéiforme. Les os purent être assez aisément ramenés dans leurs rapports normaux. Pendant qu'un aide exerçait sur l'avant-pied une forte traction, et qu'un autre fixait le cou-de-pied, je repoussais en avant puis en dehors la base du 1er métatarsien, en prenant point d'appui sur le bord externe du pied à l'aide des autres doigts. Cette manœuvre réussit et un claquement brusque annonça la reposition. Le pied reprit instantanément sa configuration naturelle.

14. **Polyarthrites déformantes chez les tuberculeux.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 18 janvier 1901.

15. **Arthrite déformante du coude. Corps étrangers articulaires multiples ; paralysie du cubital. Résection du coude. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1899.

16. **Arthrite sèche du genou.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 22 avril 1898 (en collaboration avec M. Souligoux).

17. **Périarthrite tuberculeuse du coude.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.

Dans ce cas il ne saurait y avoir de doute ni sur la nature tuberculeuse des lésions, ni sur leur localisation exclusive dans l'épaisseur des muscles. Leur groupement autour de la jointure du coude est assez particulier et légitime le nom de périarthrite tuberculeuse du coude, sous lequel j'ai cru pouvoir les désigner.

18. **Ankylose du genou. Fracture suscondylienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1903.

19. **De l'ankylose des articulations du carpe.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897.

1° Les os de la deuxième rangée du carpe sont plus souvent et plus complètement soudés que ceux de la première ;

2° Le pisiforme est de tous les os du carpe celui qui se soude le plus rarement et le plus tardivement ;

3° Le métacarpien du pouce ne se soude presque jamais ;

4° Les deuxième et troisième métacarpiens sont, au contraire, ceux qui s'ankylosent le plus tôt et le plus complètement ;

5° L'ankylose radio-carpienne est toujours accompagnée et sans doute précédée par celle des articulations intercarpiennes et carpo-métacarpiennes ;

6° En définitive, la marche de ces ankyloses est subordonnée au degré de mobilité des jointures. Le pisiforme et le premier métacarpien, unis au carpe par des articulations lâches, se soudent tardivement et rarement ; les os de la deuxième rangée du carpe et les métacarpiens du milieu, presque immobiles les uns sur les autres, sont, au contraire, les premiers frappés par l'ankylose.

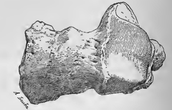
20. **De l'ankylose calcanéo-astragalienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1894.

L'ankylose osseuse acquise de l'articulation calcanéo-astragalienne est relativement fréquente et coïncide assez souvent avec celle du tarse. Elle peut être totale et si complète que tout vestige de séparation disparaisse entre les deux os et que les travées de l'un se continuent avec celles de l'autre. A l'ordinaire elle est partielle, et toujours la fusion de l'astragale et du calcanéum commence en dedans vers la région sustentaculaire et l'extrémité interne du tunnel calcanéo-astragalien. C'est la conséquence logique des dispositions anatomiques et de la physiologie de cette jointure, car « nous trouvons en dehors : mobilité plus grande ; surfaces articulaires en contact moins intime ; ligaments plus longs ; en dedans, surfaces articulaires juxtaposées ; mouvements extrêmement limités ; os maintenus par des trousseaux fibreux plus courts ».

L'exploration du pied doit faire soupçonner et prévoir cette disposition.

21. **Ankylose astragalo-scaphoïdienne.** — *Bulletins de la Société anatomique.*

Les deux os sont complètement soudés l'un à l'autre. On re-



trouve encore au côté externe la partie de la facette articulaire du scaphoïde qui, dans l'attitude habituelle du pied, déborde en dehors et en haut le scaphoïde. Mais l'union est si parfaite entre les deux pièces osseuses que l'on voit sur une coupe les trabécules osseux se continuer sans interruption de l'une à l'autre.

22. **Corps étranger de l'articulation pisi-pyramidale.** — *Bulletins de la Société anatomique,* 27 juillet 1900.

23. **Corps étranger traumatique du genou.** — Th. Dejean, Paris, 1899.

24. **Corps étrangers multiples de l'articulation tibio-tarsienne.** Th. Bertrand, 1892.

25. **Les corps étrangers articulaires.** — *Revue d'Orthopédie,* mars 1900.

Revue générale étendue, où sont particulièrement examinées les doctrines pathogéniques. L'origine traumatique des corps étrangers, qui a fait récemment à l'étranger l'objet de travaux nombreux et intéressants, a été surtout discutée. L'affection est, bien plus souvent qu'on ne le pensait autrefois, sous la dépendance d'un traumatisme.

26. **Fractures articulaires du genou. Attitudes vicieuses et arthrite sèche consécutives. Traitement opératoire.** — *Bulletins de la Société anatomique,* 22 juin 1900.

27. **Syphilis articulaire.** — *Archives génér. de médecine*, janvier 1901.

Revue générale très étendue, où sont étudiées d'une manière complète les diverses manifestations de la syphilis héréditaire ou acquise.

28. **Scapulalgie hystérique.** — *Journal des praticiens*, 17 novembre 1900.

A propos d'un cas typique j'étudie les arthropathies hystériques en général et relate plusieurs observations personnelles. Le rôle du chirurgien et les indications chirurgicales éventuelles sont soigneusement discutés.

Les contractures hystériques laissent, le plus souvent, les muscles et les articulations dans leur intégrité, le plus souvent, mais non toujours. Chez certains malades des attitudes vicieuses peuvent s'établir d'une façon définitive. Les muscles se rétractent ainsi que leurs tendons, de même que les ligaments et les gaines tendineuses.

A cette période, on ne peut plus dire qu'il y ait arthralgie ou arthropathie hystérique. L'affection nerveuse est éteinte dans sa détermination articulaire, laissant comme reliquat, un certain état scléreux du tissu conjonctif, de quelques tendons et ligaments.

Quand la maladie dure depuis longtemps, on peut craindre, dans certains cas, qu'il ne se produise des adhérences et des attitudes vicieuses permanentes.

Il faut donc pratiquer le redressement suivi d'une immobilisation relative. L'extension continue peut rendre quelques services.

C'est tout ce que le chirurgien peut se permettre comme intervention tant que persistent les contractures et la douleur.

La question est autre quand on se trouve en présence des rétractions fibro-tendineuses posthumes à l'arthralgie. Il convient alors de pratiquer toutes les sections convenables et de ramener le membre à une attitude conforme aux fonctions qu'il doit remplir, mais cela seulement alors que l'élément spasmodique a complètement disparu.

29. **L'arthropathie hystérique.** — *Tribune médicale*, 1904.

30. **L'arthrodèse.** — *Tribune médicale*, février 1904.

31. **Les amyotrophies d'origine articulaire.** — *Revue d'orthopédie*, 1900.

Dans ce travail sont exposés l'histoire générale des amyotrophies d'origine articulaire, leur rôle, leur gravité, l'impotence qui en résulte et les déformations qui en sont la conséquence plus ou moins éloignée.

32. **Tumeur blanche du genou chez un vieillard arthritique.** *Bulletins de la Société anatomique*, 8 juin 1900.

La tuberculose s'était developpée sur un genou présentant des lésions antérieures d'arthrite sèche.

Il n'y a point positivement antagonisme ; mais le terrain médiocrement favorable ne se prête pas à l'éclosion d'une forme typique ; la réaction du tissu cellulaire est plus intense, et il se produit une forme plastique.

33. **Arthrectomie du genou.** — Thèse de Cordillot, 1891.

34. **Arthrectomie du genou.** — *Société de chirurgie*, 1891.

35. **Arthrectomie pour arthrite interminable du genou, d'origine blennorrhagique.** — *Société de chirurgie*, 26 juin 1901.

36. **Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et l'adulte.** *Gazette des hôpitaux*, 30 juin et 7 juillet 1900.

37. **Coxalgie multifistuleuse datant de l'enfance, chez un adulte (coxalgie attardée). Désarticulation de la hanche et résection du cotyle.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 8 juin 1900.

Bien différentes des coxalgies tardives de l'adulte, les coxalgies attardées sont des coxalgies de l'enfance continuant à évoluer jusque dans l'âge adulte.

L'arrêt de développement énorme résultant d'une maladie qui a duré pendant une longue étendue de la période de croissance est tel qu'il peut créer à lui seul une condition éminemment défavorable pour la résection de la hanche.

La désarticulation de la hanche suivie de résection partielle du bassin peut alors constituer une ressource.

38. **Désarticulation de la hanche pour coxalgie ancienne multifistuleuse.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1903.

L'amputation au-dessus de la lésion est acceptée, et facilement pratiquée pour les arthropathies tuberculeuses invétérées et fistuleuses des membres, dès qu'elles menacent l'organisme et que l'espoir d'une bonne guérison locale est devenu problématique. Pour la hanche, on hésite naturellement à adopter les mêmes mesures, l'opération étant plus importante, plus difficile, beaucoup plus grave et bien moins réglée.



La désarticulation de la hanche seule est une opération insuffisante dans la majorité des cas que nous visons et il est nécessaire de la compléter, soit par une résection du cotyle et des parties avoisinantes du



bassin, soit par un nettoyage des cavités d'abcès creusées dans les parties molles. Tel quel, ce pis aller, malgré ses aléas, malgré ses dangers, doit être parfois préféré à une expectation indéfinie ou à

des moyens qui peuvent tout au plus donner des améliorations illusoires. On ne saurait se dissimuler que dans les conditions hospitalières habituelles, ces coxalgiques attardés et multifistuleux (il ne s'agit pas des enfants) ne guérissent pour ainsi dire jamais. Il faut choisir, ou bien les laisser traîner et encombrer les hôpitaux jusqu'à leur mort, ou bien se résigner à faire le sacrifice du membre, les moyens intermédiaires étant presque toujours incapables de procurer la guérison.

Je rappellerai au point de vue technique : 1° que la raquette à



queue externe est le meilleur procédé de désarticulation de la hanche, quand on pratique cette opération pour une coxopathie, surtout si le membre est en flexion et adduction, surtout s'il est ankylosé, surtout si l'extrémité supérieure du fémur est déplacée en arrière et en haut vers la fosse iliaque externe ; 2° que l'hémostase ne nécessite aucune ligature préalable, aucune manœuvre compliquée et que là, comme pour toutes les amputations et désarticulations, le plus simple, le plus court, le plus sûr et le meilleur, est de pincer les vaisseaux, à mesure qu'on les découvre ou qu'on les coupe, en traçant les incisions et en taillant les lambeaux.

39. **Arthropathie tabétique infectée du cou-de pied.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1902.

Les désordres articulaires qui sont sous la dépendance du tabes constituent une prédisposition aux infections de toute sorte. Sur un pareil terrain elles évoluent avec une gravité particulière.

Cependant les infections atténuées, et partant bénignes, doivent être relativement fréquentes, mais fréquemment méconnues.

40. **De la création d'une pseudarthrose claviculaire dans le cas d'ankylose de l'épaule.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 10 janvier 1902.

41. **Résection du coude pour ankylose traumatique.**
Th. Gay, 1895.

42. **Amputation interscapulo-thoracique pour tumeur blanche invétérée multifistuleuse.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1902, et *Congrès de chirurgie*, 6 décembre 1902.

L'ablation totale du membre supérieur pour une tumeur blanche de l'épaule est un parti bien énergique, mais qui trouve dans certaines circonstances sa justification. J'ai été conduit à pratiquer cette opération chez un homme qui avait déjà subi sans succès la résection de l'épaule droite pour une tumeur blanche ancienne, avec lésions étendues du squelette, et fistules multiples intarissables.

43. **De la résection du poignet par la voie cubitale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1901.

44. **De la résection du poignet par la voie cubitale.** *Revue d'Orthopédie*, 1902.

Contrairement à tous les procédés dans lesquels le temps cubital est complémentaire ou accessoire, ici l'opération tout entière est menée de dedans en dehors, en partant des repères connus du bord interne de la main. Il ne s'agit pas seulement d'une incision cubitale, mais de toute une série de manœuvres exécutées d'après un plan déterminé pour dissocier, morceler et extraire le carpe en l'abordant par son côté interne. L'intervention ainsi comprise diffère très notablement des procédés usuels.

L'incision interne permet de repousser en avant tous les tendons antérieurs, en arrière tous les postérieurs. La plupart ne sont pas mis à nu. De la peau au squelette, on ne trouve aucun organe dangereux ou gênant.

Par contre d'excellents points de repère, la tête cubitale, l'apophyse styloïde sous-jacente, l'extrémité du 5e métacarpien, le pisiforme, guident toujours avec exactitude, même quand les parties molles sont tuméfiées et les articulations modifiées, par le processus pathologique.

Au point de vue particulier de l'action de la rugine, les principales difficultés sont en dedans et en avant. Or pour dissocier les tissus fibreux qui prennent attache à l'os crochu, ou les épais ligaments antérieurs, on est mieux placé en attaquant le carpe par son côté interne. L'isolement du pyramidal et de l'os crochu, difficiles par l'incision dorsale en dehors des extenseurs devient très simple, et d'autre part le décollement des plans fibreux pré et rétrocarpiens

est plus commodément poursuivi par la rugine agissant de dedans en dehors.

Mais, et c'est là surtout ce qu'il faut retenir, la voie cubitale donne une grande commodité pour le morcellement du massif carpien, la dissociation de ses osselets et leur extraction successive. L'interligne radio-carpien forme une courbe dont les deux extrémités s'arrêtent à des hauteurs différentes, l'externe descend beaucoup plus bas, et est défendue en outre par la volumineuse styloïde radiale ; quand la main est portée en abduction, cet interligne bâille en dedans, un instrument y pénètre aisément ; la rugine courbe ordinaire s'y enfonce. Son dos trouve un solide point d'appui sur les extrémités des os de l'avant-bras, ce qui lui permet d'agir comme levier pour chasser en dedans les os du carpe. D'autre part suivant du regard le ciseau, la rugine ou la gouge, on peut sans hésitation pénétrer entre l'os crochu et le 5e métacarpien pour commencer la séparation intercarpo-métacarpienne.

Toutes les manœuvres destinées à morceler, évider et extraire le carpe s'exécutent avec une facilité relative, une sécurité complète, et doivent, l'opération terminée, laisser intacte la gaine de parties molles.

Bien que ce procédé soit applicable à toutes les lésions qui justifient la résection du poignet, il paraît mériter surtout une sérieuse attention :

Dans les cas où les considérations d'esthétique offrent quelque intérêt ;

Dans les interventions pour arthrites suppurées où l'indication est de réaliser un drainage irréprochable ;

Dans celles qui ont pour but de rendre au poignet sa mobilité perdue ;

Enfin dans les tumeurs blanches encore peu avancées où l'on soupçonne quelque foyer au voisinage des surfaces articulaires radio-cubitales.

21° Affections diverses du membre supérieur.

1. **Anévrysme du pli du coude (Anévrysme traumatique circonscrit faux primitif) traité avec succès par l'extirpation.** — *Bultins de la Société anatomique*, juin 1899.

Notre cas doit être considéré comme un anévrysme circonscrit faux primitif, ayant eu pour point de départ très probable une blessure du tronc commun des interosseuses.

« C'est un anévrysme, comme le dit Broca, parce que c'est une tumeur sanguine artérielle limitée par un sac ; il est faux parce que ce sac est de nouvelle formation ; il est primitif parce qu'il s'est formé dès les premiers temps de l'accident. » .

L'extirpation est le traitement le plus généralement adopté aujourd'hui pour les anévrysmes des membres. Les anévrysmes faux, quand ils sont circonscrits, leur sont complètement assimilables au point de vue du traitement. C'est ce qui a été fait ici avec succès.

2. **Plaie de l'artère axillaire.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, 9 janvier 1901. Rapport de M. Demoulin, 4 avril 1901.

L'artère avait été divisée longitudinalement, à la partie inférieure de l'aisselle, par une tige d'acier dont la pointe effilée était pourvue d'un double tranchant. J'ai fait la ligature de l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de la plaie, et en outre celle du tronc commun des circonflexes qui répondait précisément à celle-ci et par lequel revenait du sang amené par la circulation collatérale.

Il n'est pas inutile d'insister sur la nécessité de faire porter la ligature sur le point blessé, car la ligature à distance dans le cas de blessure de l'artère axillaire conserve encore quelques partisans irréductibles.

3. **Section de la branche profonde du nerf radial dans l'épaisseur du court supinateur. Suture des deux bouts. Guérison.** — Présentation à la *Société de chirurgie*, 25 juillet 1900. Rapport par M. Lejars, 4 avril 1901.

Le diagnostic avait pu être fait avec une précision suffisante pour que j'aie cru devoir aller jusque dans l'épaisseur du court supina-

teur suturer les deux bouts. La guérison a été parfaite, et le retour fonctionnel s'est effectué au bout de deux mois. Au point de vue de la régénération des nerfs, cette observation a la valeur d'une expérience très précise, car la section intéressait un nerf purement moteur sans suppléance ou récurrence possible.

Au point de vue technique, j'ai insisté sur le manuel opératoire adopté pour cette intervention. Négligeant la cicatrice qui était postérieure, j'ai suivi d'avant en arrière l'interstice du supinateur long et des radiaux d'une part, du court supinateur de l'autre, et disséqué de haut en bas le radial découvert au-dessus de ce dernier muscle.

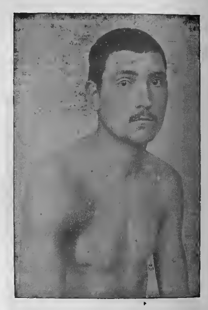
4. Volumineux lipome de l'aisselle chez une octogénaire
Bulletins de la Société anatomique, 10 avril 1904.



Le volume de la tumeur, son siège et l'âge de la malade sont les particularités qui donnent quelque intérêt à une observation sans

cela banale. Il s'agit d'un lipome considérable, qui remplissait et débordait l'aisselle, déterminant par son poids une gêne considérable, au point que la malade, pourtant octogénaire, est venue ellemême en réclamer l'ablation.

5. **Adénite du sillon delto-pectoral.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1899.



6. **Adénite tuberculeuse du sillon pectoro-deltoïdien.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 4 janvier 1900.

Chez certains sujets on trouve un ganglion accolé à la veine céphalique dans l'interstice pectoro-deltoïdien, et il faut prévoir la possibilité des adénites du sillon delto-pectoral.

J'ai fourni des exemples démonstratifs d'adénites aiguës et chroniques.

7. **Lipome du moignon de l'épaule. Ablation par une boutonnière axillaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 15 mai 1903.

8. **Épithélioma de la main.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1899.

9. **Sarcome du pouce.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1899.

10. **Gangrène causée par l'acide phénique.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1894.

11. **Gangrène phéniquée.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1897.

12. **Adénites brachiales.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1900.

On rencontre chez quelques sujets à la face interne du bras un, deux, ou même trois ganglions lymphatiques. Ces ganglions sont en général fort petits,et ils manquent chez la plupart des individus. C'est ce qui explique que beaucoup d'auteurs, Sappey par exemple, ne les mentionnent point. Ils sont pourtant connus depuis fort longtemps et il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les planches de Mascagni et de Bourgery.

Le plus souvent, ces ganglions ne siègent point exactement à la partie moyenne. Tantôt ils sont au-dessus, non loin de l'aisselle ; tantôt au-dessous, non loin de la zone des ganglions épitrochléens. Dans le premier cas ils rentrent dans la catégorie des ganglions aberrants péri-axillaires : il s'agit d'un ganglion du groupe axillaire un peu bas ; dans le second, de ganglions épitrochléens situés un peu haut.

La connaissance de ce détail anatomique serait sans grande importance si, de temps à autre, on ne rencontrait des *adénites brachiales*. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs. J'en rapporte trois cas récents qui sont des exemples non douteux d'adénites brachiales.

13. Adénite tuberculeuse extra-axillaire. — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 octobre 1900.

On peut répartir les adénites péri-axillaires en plusieurs variétés, suivant qu'elles sont brachiales, interpectoro-deltoïdiennes ou sous-claviculaires, rétro-axillaires, c'est-à-dire sur le bord du grand dorsal ou du grand rond (comme j'en ai vu un exemple), ou bien encore situées entre la mamelle et l'aisselle.

14. Kyste hydatique du biceps. — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1897.

15. Abcès froid dans l'épaisseur du grand pectoral. Myosite tuberculeuse. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897.

16. Tuberculose du cubital antérieur. — Th. Plantard, 1901.

17. Difformité des doigts, consécutive à une plaie faite par une scie circulaire. — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1903.

Les difformités qui résultent des plaies des doigts nous préoccupent surtout à cause du dommage fonctionnel qui en est la consé-



quence. On peut cependant être déterminé à une intervention réparatrice, autant pour corriger la forme vicieuse que pour assurer des conditions physiologiques meilleures. Dans ce cas, il y avait à la fois intérêt à rendre aux doigts leur aspect ordinaire et à supprimer

des cicatrices, qui placées du côté palmaire, seraient devenues une cause permanente de souffrances ou tout au moins de gêne dans le travail.

Le malade avait eu les quatre derniers doigts de la main gauche comme dédoublés par l'action d'une scie circulaire. Chacun d'eux avait été en effet divisé dans le sens vertico-transversal, de telle manière que les parties molles pulpaires, séparées du squelette et des tendons, formaient un lambeau à pédicule supérieur. Ces languettes cutanées déplacées se fixèrent dans des positions un peu vicieuses.

Je détachai les lambeaux, les mobilisai, refaisant ce qu'avait fait le traumatisme lui-même. Puis la zone cicatricielle préphalangettienne fut avivée avec soin. Les languettes pulpaires furent enfin remises dans leur situation primitive.

18. **Suites éloignées d'un traumatisme de la main. Inclusion du pouce sous la cicatrice et arrêt de développement de ce doigt.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 17 mai 1901.

Au premier abord la main semble n'avoir que quatre doigts, le pouce manquant. Ce dernier ne fait pourtant pas défaut, mais pris dans la cicatrice, il est actuellement sous-cutané. Les muscles et tendons de ce pouce inclus sont conservés car il peut encore exécuter sous la cicatrice quelques légers mouvements.

La radiographie montre que le pouce est loin d'avoir des dimensions normales, il est au contraire arrêté dans son développement et beaucoup plus petit que celui de l'autre main. En outre le relief que décèle la palpation est formé presque en totalité par le premier métacarpien qui a, ou peu s'en faut, sa longueur ordinaire. La partie phalangienne du pouce est au contraire extrêmement réduite.

Ces dernières constatations me firent renoncer à toute idée d'utiliser ce pouce, que j'avais d'abord songé à libérer et à couvrir de peau. Je l'ai donc extirpé purement et simplement, avec son métacarpien, en même temps que la cicatrice fragile, perpétuellement excoriée qui couvrait sa pointe. C'était supprimer la saillie gênante, et du même coup desserrer le reste de la main, donner un peu de jeu à l'anneau rétréci.

19. **Difformité de la main, conséquence d'une brûlure survenue dans l'enfance.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 juin 1903.



20. **Nécrose du 5e métacarpien consécutive à une brûlure par la chaux.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 juin 1903.

21. **Synovite métastatique de la gaine séreuse carpo-phalangienne. Adhérences, rétraction et attitude vicieuse consécutives.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 7 juin 1901.

Les synovites infectieuses de la paume de la main par infection directe, ou par propagation sont d'observation malheureusement fréquente, et leur histoire est ancienne déjà. Il n'en est pas de même de celles qui surviennent à distance au cours d'une suppuration évoluant sur une tout autre région. La voie sanguine seule a pu servir d'intermédiaire entre la lésion première et la lésion consécutive, et celle-ci n'est qu'une localisation d'une infection générale. Ces synovites métastatiques s'observent dans divers états infectieux, mais toutes les gaines n'y sont pas exposées au même degré et celles de la paume de la main sont rarement prises. Chez mon malade la synovite de la gaine carpo-phalangienne interne de la *main droite* était consécutive à un phlegmon de la *main gauche*.

22. **Comment un doigt dont les tendons fléchisseurs sont interrompus peut exécuter des mouvements de flexion.** — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

L'index et l'annulaire se rapprochent du médius, le saisissent comme le feraient les mors d'une pince au niveau de la dernière

phalange. Le médius est alors rendu solidaire de ses voisins, et les suit d'une manière passive. Le mouvement d'ensemble s'exécute avec une perfection telle qu'il faut un examen attentif pour reconnaître ce mécanisme.

23. **Arrachement de la dernière phalange de l'annulaire et du tendon correspondant du long fléchisseur commun profond.** — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1893.

24. **Rétraction de l'aponévrose palmaire.** — *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1896.

25. **Moignon conique du bras. De la convexité des moignons chez les enfants**, en collaboration avec M. Cornil. — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1903.

26. **Amputation précarpienne.** — *Revue d'Orthopédie*, 1902.

Tous les traités de médecine opératoire mentionnent, ou décrivent brièvement, la désarticulation intercarpo-métacarpienne. Sur le vi-



vant les occasions sont rares de pratiquer cette intervention, et l'on est peu fixé sur la valeur du petit moignon ainsi conservé au bout de l'avant-bras.

Trois observations que j'ai pu recueillir apportent à cet égard d'utiles renseignements. Il s'agit de faits dissemblables, mais dont le rapprochement est instructif.

Le premier est un cas d'amputation congénitale, le second d'amputation chirurgicale, le troisième de section accidentelle. Leur étude comparative nous montre que l'amputation précarpienne est susceptible de fournir un moignon parfait, capable de rendre d'inappréciables services, quand toutefois le carpe, convenablement revêtu de téguments de bonne qualité, a conservé sa mobilité.

Donc, parmi les amputations partielles transversales de la main, toutes susceptibles de fournir des résultats honorables, il faut faire une bonne place à l'amputation précarpienne. Cette opération fournit un moignon des plus utiles, dont l'éducation étend et perfectionne bien vite tous les mouvements. L'appareil prothétique appliqué dans ces conditions est d'un usage incomparablement meilleur que dans le cas de désarticulation de la main. Pour que l'opération donne ces résultats, il faut des articulations saines et des muscles moteurs soigneusement conservés.

22° Affections diverses du membre inférieur.

1. Adénite para-inguinale. — *Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1899.

Autour des régions ganglionnaires, on peut rencontrer et le fait n'est pas absolument rare, des ganglions aberrants. A ces *ganglions ectopiques* répondent des adénites de siège anormal.



J'ai publié par exemple un cas où l'adénopathie siégeait sur le bord antérieur du tenseur du fascia lata.

2. Abcès froid inguinal. Lymphangite tuberculeuse récurrente dans la gaine du muscle couturier, *Bulletins de la Société anatomique.*

Une traînée jaunâtre s'enfonçait sous le couturier formant un réseau à mailles allongées à la face profonde de ce muscle. Ce réseau

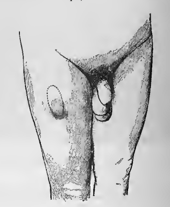
s'étendait sur une longueur de 15 centimètres. Il était dans la gaine du muscle, mais non dans son épaisseur, formé par des cordons aplatis, larges de 1 à 2 millimètres avec des renflements çà et là à distance variable. Tous ces cordons étaient parfaitement circonscrits, disséquables, entourés de tissu cellulaire encore souple.

Je pense qu'il s'agit d'une lymphangite tuberculeuse récurrente consécutive à l'adénopathie tuberculeuse inguinale.

3. **Ostéome du 1er adducteur**, 27 juin 1902. — *Bulletins de la Société anatomique.*

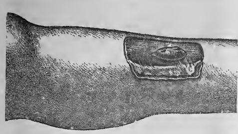
Ce fait est inexplicable par le mécanisme de l'arrachement. L'ostéome siège à l'union du corps charnu et de l'aponévrose d'insertion inférieure.

4. **Rupture du droit antérieur de la cuisse.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1902.



La séparation s'était faite à l'union des fibres charnues et du tendon. Au-dessous de la tumeur formée par le muscle rétracté s'était développé un kyste à contenu séreux.

5. **Hernie du jambier antérieur**. — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1895.



Hernie du jambier antérieur. — Un volet cutané a été rabattu. Le fascia superficialis, disséqué, est aussi rabattu en dehors, et visible à la face profonde du volet cutané. La tumeur est voilée par une légère toile cellulo-aponévrotique.

6. **Lipome dans l'épaisseur du jumeau interne**. — *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1897.

7. **Kyste dans l'épaisseur du demi-membraneux**. — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1895.

8. **Sarcome de l'aine.** A. — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1899.

B. — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 novembre 1900.

9. **Sarcome poplité**. — *Bulletins de la Société anatomique*, 23 mars 1900.

J'ai dû pratiquer l'amputation sous-trochantérienne à un homme de 60 ans, pour un gros sarcome ayant pris naissance dans le creux poplité.

Devenu superficiel et s'étant même ulcéré, il avait respecté pourtant la plupart des organes de la région. Son siège exclusivement dans le tissu cellulaire et surtout son évolution, qui a été très lente, en font un cas assez intéressant.

Il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes, mais il entre dans la



tumeur une certaine proportion de tissu fibreux ce qui explique jusqu'à un certain point les allures longtemps bénignes du néoplasme.

10. **Épithélioma de la jambe développé sur la cicatrice d'un ancien ulcère consécutif à une brûlure.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1899.

11. **Sarcome du pied développé aux dépens des parties molles de la région dorsale.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 février 1900.

12. **Sarcome mélanique du gros orteil.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 20 avril 1900.

Parmi les tumeurs des doigts ou des orteils, les sarcomes sont en majorité ; ils sont assez fréquemment mélaniques, et le gros orteil en est le siège le plus commun.

13. **Fibro-sarcome de la jambe.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 20 novembre 1903.

14. **Hygroma hématique prérotulien. — Hématocèle prérotulienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, février 1897.

15. **Hygroma tuberculeux prérotulien.** — Th. de Boutin (P. 1899-1900).

16. **Phlébite de la saphène externe traitée par la résection du segment thrombosé.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1899.

17. **Phlébite suppurée de la saphène interne, d'origine puerpérale, traitée par la résection très étendue de la veine.** — *Bulletins de la Société anatomique*, juin 1899.

La phlébite était consécutive à un avortement ; elle était suppurée, s'étendait depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'à la terminaison de la saphène interne avec phénomènes pulmonaires causés par des embolies septiques.

L'état de la malade était des plus alarmants. L'extirpation de la veine enflammée a fait cesser tous ces accidents, et la malade a heureusement guéri.

18. **Trois observations de phlébite traitée par l'extirpation.** *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1899.

19. **Varices congénitales.** — In th. M. Champendal, Genève, 1900.

20. **Dissection de deux pieds-bots.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895.

21. **Traitement opératoire du pied plat.** — *Congrès de chirurgie*, 1899.

22. **Pied plat invétéré traité par l'astragalectomie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1901.

Les cas graves, invétérés, rebelles à tous les moyens de douceur, sont seuls justiciables d'un traitement opératoire.

Les indications en sont donc tout à fait exceptionnelles. On a proposé un grand nombre de méthodes dont je fais dans mon travail




Côté droit, vu d'avant. Côté droit, face externe.

l'énumération critique. L'opération d'Ogston est la seule qui ait fait ses preuves et elle peut rendre service à certains malades. Dans certains cas extrêmes, où la difformité est très accentuée, irréductible, même sous l'anesthésie auxquels correspondent des déformations des os, des changements considérables dans leurs rapports, ainsi que dans la direction et la longueur des ligaments, et qui font de ces malades des impotents et des infirmes, il faut pouvoir reconstituer l'architecture du pied, créer une voûte plantaire, raccourcir le bord interne, corriger le valgus de l'avant-pied, la rotation externe, ramener dans un plan sagittal l'axe vertical du calcanéum. Pour obtenir cela, il suffit que l'astragale soit supprimé.

Il convient de bien choisir les cas, de n'appliquer cette intervention qu'à des pieds incurablement déformés, sur lesquels ne peuvent être utilisés ni moyens de douceur, ni interventions moins mutilantes, et aussi de surveiller avec un soin extrême les soins consécutifs.

23. **Gangrène du pied.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 30 janvier 1903.

Gangrène par artérite chez un albuminurique. L'intensité des douleurs était considérable ; j'essayai d'obtenir l'*algostase* par l'élongation des troncs nerveux. Mais l'extension de la gangrène et les phénomènes généraux m'obligèrent peu de jours après à faire l'amputation de la cuisse.

24. **De la taille des lambeaux dans la désarticulation du genou et l'amputation intra-condylienne du fémur.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 20 décembre 1901.

Le constant reproche adressé à la désarticulation du genou, c'est la minceur du lambeau qui doit couvrir l'extrémité fémorale et servir plus tard de point d'appui. La même critique s'applique à l'amputation intra-condylienne, et les procédés de Gritti, de Sabanajeff ont eu pour principale raison d'être, le besoin d'améliorer les conditions dans lesquelles s'exerce la pression sur le bout du fémur. C'est encore pour essayer d'avoir un lambeau épais et charnu que Montaz, suivi par un petit nombre de chirurgiens, et précédé au moins par J.-L. Petit, le taillait postérieur dans la désarti-

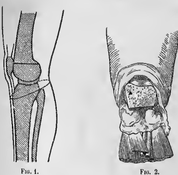


Fig. 1. Fig. 2.

culation du genou. Il est alors musculo-cutané, mais malheureusement ici la peau est fine, mince, et résiste mal aux frottements.

Ainsi les téguments utilisables sont en avant, les muscles sont en arrière, et pour bien faire il faudrait que l'extrémité fémorale, entière ou réduite par un trait de scie, fût enveloppée, d'abord d'une bonne couche de muscles, en second lieu d'une peau résistante.

C'est là que je veux en venir et le manuel opératoire que je propose comble ce desideratum. Je fais deux plans qui s'imbriquent, un postérieur musculaire, un antérieur cutané. L'un se superpose à l'autre.

Le lambeau musculaire pivote d'arrière en avant, l'autre tombe d'avant en arrière.

On peut procéder de même et plus sûrement encore pour l'amputation trans ou sus-condylienne, la surface osseuse à recouvrir étant moins étendue, un lambeau musculaire relativement court peut suffire.

Voici par exemple comment doit être conduite l'opération pour



Fig. 3.

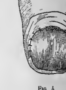


Fig. 4.

un cas où la section des os devrait être reportée tout à fait à la partie supérieure des condyles :

1° Incision elliptique passant en avant immédiatement au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia, et latéralement au niveau de la pointe de l'apophyse styloïde du péroné (fig. 1) ;

2° Dissection de la peau, relevée en manchette au fur et à mesure de sa libération ;

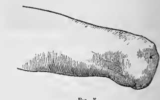


Fig. 5.

3° Section du tendon du triceps à son attache rotulienne, du manchon fibreux-péri-articulaire le plus bas possible ;

4° Le fémur est scié transversalement.

Deux petits traits verticaux, de scie ou de ciseau, réduiront la largeur de l'extrémité fémorale, après la taille du lambeau postérieur ;

5° Celui-ci est taillé immédiatement après la désarticulation en gardant toutes les parties molles postérieures, sauf la peau (fig. 2).

La poplitée est liée, les sciatiques poplités I et E réséqués ainsi que le saphène externe ;

6° Le lambeau postérieur musculaire est relevé et fixé au tendon du triceps et à la coupe du manchon fibreux péri-articulaire par les points de suture : les figures 3 et 4 montrent le moignon de face et profil après cette mise en place du lambeau postérieur.

7° Enfin la peau qui avait été relevée et retroussée vers la cuisse est rabattue et fixée à la lèvre postérieure de la plaie comme l'indique la figure 5.

25. **Amputation intracondylienne.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 28 mars 1902.

Observation d'un malade opéré avec succès selon les données précédentes, lambeau cutané antérieur, lambeau musculaire postérieur l'un et l'autre s'imbriquant.



26. **Amputation préscaphoïdienne et transcuboïdienne.** — *Gazette des hôpitaux*, 21 janvier 1902.

Les amputations partielles du pied pour être bonnes doivent laisser des moignons irréprochables.

En tenant compte de cette nécessité, on ne saurait se montrer trop parcimonieux. Les opérations transtarsiennes sont supérieures à la désarticulation toujours contestée de Chopart, et doivent lui être préférées quand l'état des parties molles ou le degré des lésions ne l'exige pas absolument. Plus la section sera reportée en avant, meilleur et plus parfait le résultat, pourvu que soient réalisées, bien entendu, les conditions diverses que doit réunir un moignon tour à tour point d'appui et levier.

Familiarisé avec les désarticulations classiques, on n'aura nulle peine à improviser des opérations intermédiaires appropriées aux circonstances.

Dans ces amputations portant sur le tarse antérieur, on doit à notre sens, traiter le massif tarsien comme s'il s'agissait d'une pièce



osseuse unique, sans souci des interlignes d'importance secondaire, et souvent déterminer le point de section d'après l'état des parties molles, ne le fixer exactement qu'après préparation de celles-ci.

Toutes choses égales d'ailleurs, le résultat sera d'autant supérieur à celui de l'opération de Chopart, que la section sera plus loin en avant de l'articulation médio-tarsienne.

27. **Amputation transversale du métatarse.** — *Bulletins de la Société anatomique* 24 janvier 1902.



23° **Téguments.**

1. **Lupus de la région sus-hyoïdienne traités par l'extirpation.** *Bulletins de la Société anatomique*, 19 octobre 1900.

2. **Traitement opératoire du lupus, extirpation et autoplastie.** *Congrès français de chirurgie*, 14e session, Paris, 1901.

Le lupus est une tuberculose à la fois bénigne et très rebelle. La lésion reste superficielle, évolue avec lenteur, et coïncide fréquemment avec un état général parfait ; mais d'autre part elle est d'une ténacité désespérante.

Le traitement opératoire est le traitement véritable de tous les lupus dont le siège est purement cutané. Toutes les fois que la peau seule est en cause, nous pouvons, réserve faite pour quelques cas démesurément étendus, supprimer d'un seul coup la lésion tout entière.

Ainsi la question d'extirpation se double toujours d'une question d'autoplastie.

Le résultat c'est : 1° que la guérison est obtenue vite, et cette rapidité contraste avec l'extrême lenteur des améliorations que procurent les procédés de scarification, cautérisation, etc. ; 2° elle

est stable, sinon toujours définitive ; 3° elle est le plus souvent meilleure que par les méthodes rivales, au point de vue de l'aspect extérieur, bien qu'on fasse souvent ce reproche au traitement opératoire de nuire à l'esthétique.

Tous les lupus des membres doivent être enlevés au bistouri.

Il en est de même de ceux des joues et du cou, pourvu que la lésion soit exclusivement cutanée.

Le premier temps de l'intervention, l'exérèse des parties malades de la peau semble au premier abord d'une très grande facilité, puisqu'il s'agit tout simplement de circonscrire et disséquer une certaine étendue de téguments. Il n'en va pas ainsi quand le lupus est étendu et occupe la face, et qu'il faut se livrer à un véritable écorché du visage. La dissection devient alors très délicate, car il est nécessaire de ménager les muscles peauciers et les filets du facial. D'autre part, la région est d'une vascularité extrême et chaque coup de bistouri tranche de nouveaux vaisseaux.

L'extirpation doit être très complète, et pour cela dépasser de tous côtés les limites apparentes de la lésion. Le pannicule adipeux souscutané doit être supprimé pour être bien sûr de ne rien laisser dans la profondeur.

La réparation doit autant que possible avoir lieu dans la même séance.

Quand la perte de substance est minime, il n'y a pas de difficulté. En décollant la peau largement au bistouri, au pourtour de la perte de substance, on arrive souvent à mobiliser les bords de la plaie, et à les réunir aisément alors que cet affrontement semblait tout d'abord impossible, ou dangereux pour la vitalité des téguments.

Quand la surface cruentée est plus étendue une opération plastique complémentaire est indispensable. La conduite à tenir varie évidemment avec les dimensions de la plaie à recouvrir, et avec sa situation.

Trois fois j'ai eu à extirper des lupus de la région sus-hyoïdienne. La peau était envahie depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde et d'un angle de la mâchoire à l'autre.

Dans les trois cas je procédai de la même manière. La lésion fut circonscrite par deux incisions, l'une antérieure en forme d'U, suivant le contour de la mâchoire, l'autre transversale passant comme une sangle à la partie la plus reculée de. la région, au devant de l'hyoïde et rejoignant au niveau des angles du maxillaire les deux

extrémités de la première. Pour réparer la perte de substance, je procédai de la manière suivante : la lèvre inférieure de la plaie fut disséquée, les téguments décollés jusqu'au niveau de la fourchette sternale et amenés au contact de la lèvre antérieure ; la réunion était facilitée par la flexion de la tête.

Pour les *lupus de la joue*, il faut qu'ils soient bien petits pour que la réunion puisse être obtenue par simple rapprochement des bords. Même quand ce rapprochement est strictement possible, il est quelquefois préférable, afin d'éviter un froncement disgracieux, de couvrir la surface cruentée à l'aide d'un petit lambeau prélevé sur la région sus-hyoïdienne. La région sus-hyoïdienne est la grande ressource pour les autoplasties de la joue.

Quand la plaie génienne ne remonte pas plus haut qu'une ligne allant du tragus à la commissure labiale, la réparation est facile. Quand elle dépasse cette limite, la restauration est moins aisée. Pourtant il est bien rare qu'on ne puisse couvrir toute la région génienne et la région parotidienne à l'aide des téguments du cou, détachés, sous forme d'un très grand lambeau. Le cou est alors largement dégarni et l'on est d'abord effrayé par les dimensions de la plaie d'emprunt.

Mais il est toujours possible de la combler exactement grâce à deux artifices, qui sont : 1° le décollement des téguments du cou de haut en bas et de proche en proche jusqu'à la clavicule, jusqu'à ce qu'ils soient malléables et mobiles et se laissent facilement attirer et remonter ; 2° l'inclinaison de la tête du côté correspondant, avec ou sans rotation ; l'inclinaison directe sans rotation donne habituellement plus de facilité pour les sutures.

On ne sera jamais embarrassé pour le membre supérieur, auquel la peau du thorax peut fournir aisément toutes les pièces nécessaires. La greffe italienne est la méthode de choix pour réparer les pertes de substance un peu étendues des téguments de la main, de l'avant-bras ou du bras.

3. **Cancer développé sur un lupus étendu de la face. Extirpation de la tumeur et du lupus. Autoplastie par glissement et greffes de Thiersch. Guérison.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juillet 1900.

Extirper la tumeur en laissant le lupus est un pis aller, quand les lésions par leur étendue ou leur propagation aux muqueuses échappent à une éradication complète. C'est une bonne pratique

quand le lupus est à peu près guéri, et que la tumeur est partie d'une cicatrice.

Dans le cas particulier, les lésions étaient vastes, mais purement cutanées et par bonheur n'intéressaient aucun des orifices. Je me déterminai donc à en faire l'ablation complète.

Il fallut faire un véritable écorché de la face et la perte de substance allait de la tempe à l'os hyoïde et du nez à l'oreille. Elle fut réparée en partie au moyen des téguments du cou ; le reste de la plaie fut couvert de greffes de Thiersch. Le résultat a été pleinement satisfaisant et il a suffi d'une seule intervention.

Pour les greffes de Thiersch à la face, je conseille de les fixer à l'aide de points à la soie très fine appliqués sur leurs bords. En second lieu, je m'abstiens de toute application de corps gras ou de papier d'étain et couvre directement les greffes d'un pansement à la gaze stérilisée.

Elles n'ont ainsi que très peu de tendance à glisser. D'autre part, le pansement absorbe les suintements qui se font à la surface de la plaie ; cet état de siccité est favorable à son asepsie et aussi à la bonne réunion des greffes, qu'il n'y a pas lieu de traiter autrement qu'on ne fait pour les autres tissus dont on cherche la réunion. Au dixième ou douzième jour, ce pansement sec est enlevé.

4. **Épithélioma du pavillon de l'oreille développé sur la cicatrice d'un lupus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 11 janvier 1901.

5. **Deux cas de cancers développés sur des lupus de la face.** *Bulletins de la Société anatomique*, 5 décembre 1902.

6. **Cancer sur un lupus de la face.** — Présent. *Société de Chirurgie*, 21 janvier 1903.

7. **Des cancers développés sur les lupus.** — *Congrès de Chirurgie*, 20 octobre 1903.

Les lupus évoluant depuis longtemps constituent un terrain favorable au développement de l'épithélioma. Celui-ci a presque toujours pour point de départ une partie cicatrisée. J'ai pu en observer





Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

FIG. 5.



FIG. 4.

sept cas. J'étudie à ce propos les caractères et la marche de ces lésions. Mes observations établissent qu'elles demeurent pendant assez longtemps superficielles, pour qu'on puisse les attaquer souvent avec succès.

8. **Sarcome de la région sous-orbitaire, développé dans les parties molles. Extirpation. Autoplastie.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 février 1900.

La tumeur semble avoir pris naissance dans les couches profondes du derme. La plaie résultant de son extirpation fut immédiatement réparée à l'aide d'un lambeau à pédicule supérieur prélevé sur la joue.

9. **Épithéliomas étendus de la face traités par l'extirpation et l'autoplastie consécutives.** — Th. Maillard, 1900.

Plusieurs observations de ma pratique ont servi de base à ce travail.

Dans deux d'entre elles il fallut réséquer l'os malaire et une grande étendue des parois orbitaires ; ce fut à l'aide d'un lambeau comprenant les téguments des régions parotidienne et sous-maxillaire que la perte de substance put être réparée. Dans un autre cas il fallut supprimer le pavillon de l'oreille et une large étendue des parties voisines du cuir chevelu. Un lambeau cervico-sous-maxillaire combla cette large plaie. Les poils implantés dans ce lambeau n'ayant rien perdu de leur vitalité font actuellement partie de la chevelure, et contribuent à masquer la difformité résultant de la perte du pavillon de l'oreille. Dans d'autres cas c'est à l'aide de lambeaux prélevés sur le front que la perte de substance a été réparée.

J'insiste sur les indications de l'autoplastie secondaire, sur les décollements qui dispensent souvent de tailler des lambeaux proprement dits, et donne un grand nombre de schémas indiquant la technique suivie pour chaque cas particulier.

10. **Sarcome mélanique développé sur un nævus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 21 janvier 1898 et *ibid.*, juin 1898.

11. **Sarcome mélanique développé sur un nævus.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 5 juillet 1901.

12. **Tumeur parasitaire de la plante du pied.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1899.

Cas qui a été le point de départ de l'intéressant travail de M. Milian sur les sporozooses humaines.

13. **Epithélioma du pavillon de l'oreille étendu aux régions mastoïdienne, parotidienne et sterno-mastoïdienne. Extirpation. Autoplastie par décollement.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 16 octobre 1903.

14. **Epithélioma des téguments dans l'abdomen. Autoplastie par décollement** — *Bulletins de la Société anatomique*, 22 mai 1903.

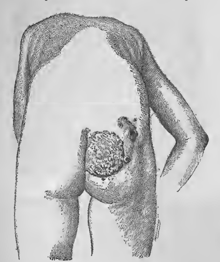


15. **Autoplastie par glissement pour couvrir une énorme plaie de la hanche et de la fesse, consécutive à un phlegmon diffus.** — *Presse médicale*, 1902.

16. **Les grands décollements en chirurgie réparatrice.** — *Congrès de Chirurgie*, 21 octobre 1902.

17. **L'autoplastie par décollement.** — *Archives générales de médecine*, 3 novembre 1903.

Dans certaines régions, et pour un grand nombre de cas, les décollements tégumentaires, largement pratiqués, apportent une simplification merveilleuse à la chirurgie réparatrice. D'énormes pertes de substances peuvent être immédiatement comblées par ce mode

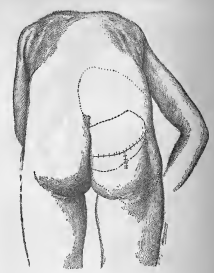


d'autoplastie. Quand il est applicable il fournit une guérison plus rapide et meilleure que par toute autre méthode.

Les décollements cutanés peuvent être poursuivis jusqu'à des proportions énormes, sur une étendue de 15, 20 centimètres en tous sens, sans que leur vitalité soit compromise, et l'innocuité de cette pratique permet à l'occasion de mobiliser, dans un but autoplastique, les téguments de toute une vaste région, ou de plusieurs régions voisines.

L'autoplastie par décollement est surtout recommandable par la rapidité de son emploi, la simplicité des manœuvres, la possibilité de graduer la mobilisation tégumentaire, d'après les besoins de l'intervention, par la constante bénignité des suites et la perfection des résultats.

Certaines régions s'y prêtent mal ou médiocrement, mais le cou, la région thoracique, la paroi abdominale, le pourtour du bassin,



constituent des lieux d'élection où son application sera régulièrement suivie des plus heureux succès.

Elle trouve des contre-indications relatives, ou plus exactement les limites à son emploi, soit dans la disposition feutrée et cloisonnée qu'offre le tissu cellulaire sous-cutané dans quelques régions (nuque, dos), soit de la faible quantité de téguments disponibles, en raison de la forme et de la disposition des parties (membres).

Même inutilisable, en tant que méthode fondamentale, elle peut





encore rendre service à titre auxiliaire, en permettant, par exemple, de combler extemporanément la plaie d'emprunt, quand on a dû prélever un lambeau (perte de substance cervicale, résultant du prélèvement d'un lambeau destiné à couvrir la joue, etc.).

18. **Autoplastie aux dépens de la mamelle.** — *Gazette des hôpitaux*, 19 mai 1901.



19. **Les incisions dissimulées.** — *Congrès de Chirurgie*, 1902.

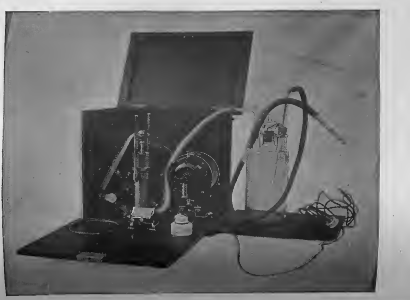
20. **De l'emploi des lambeaux prélevés sur les régions pileuses.** *Bulletins de la Société anatomique*, 12 février 1904.

INSTRUMENTS.

1. — **Table pour pratiquer les opérations sur la tête et le cou.** — *Société de chirurgie*, 29 janvier 1902. — *Congrès de Chirurgie*, 1902.



Le patient est demi-assis, la tête légèrement défléchie. Dans cette attitude, les muscles et tous les organes du cou sont tendus, nettement exposés. La région carotidienne, le creux sous-maxillaire s'offrent dans des conditions très favorables à la dissection. Les grandes opérations sur la bouche, le pharynx, le larynx, le corps thyroïde en sont singulièrement facilitées.



2. **Appareil aspirateur. Pompe chirurgicale électrique.** — *Congrès de Chirurgie*, 1902

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).